

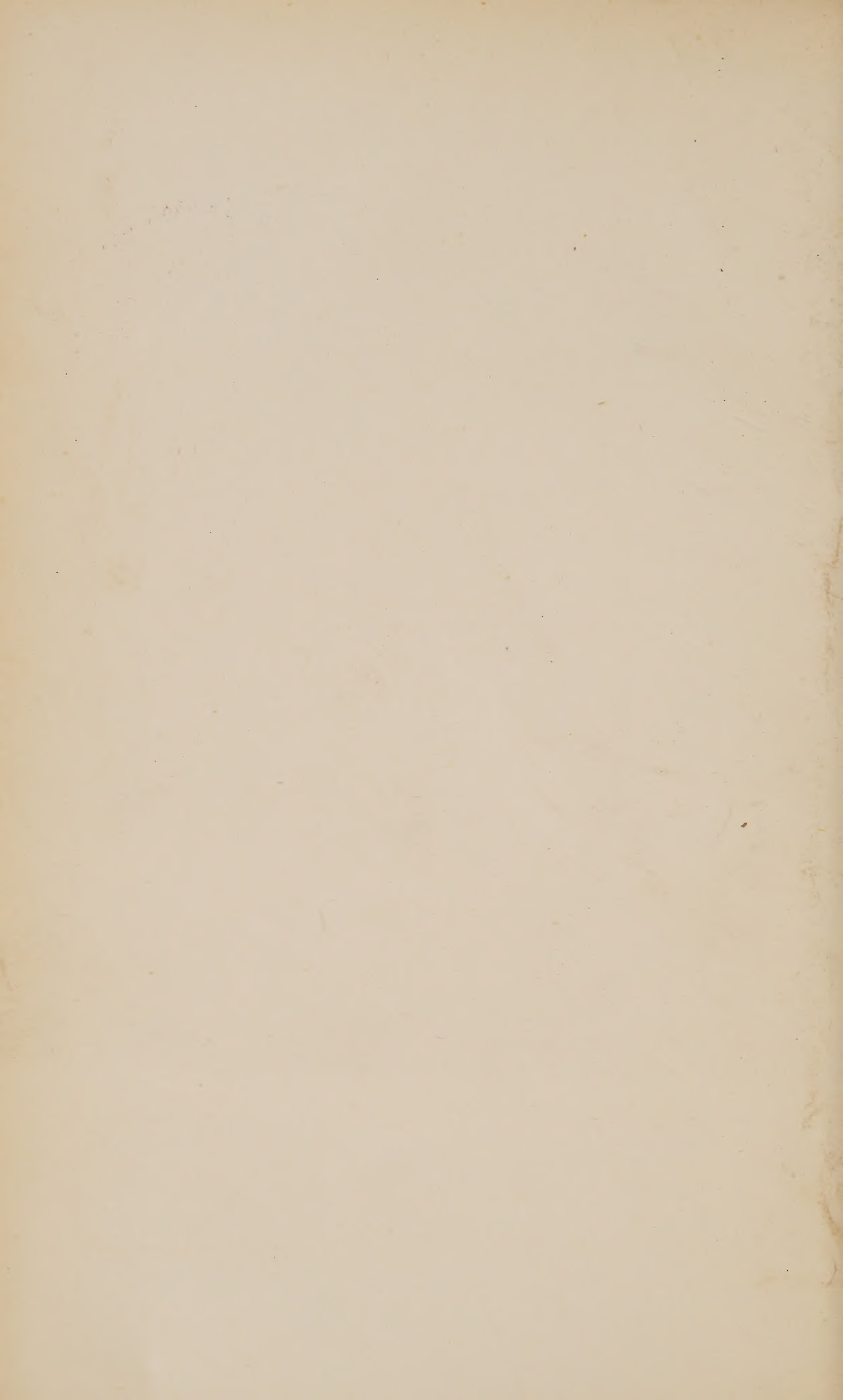

22900153812

19 A33



Digitized by the Internet Archive
in 2021 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s6550id1398008



Neue Folge des Archivs für Dermatologie und Syphilis.

British Med. Association Library

Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL ANDERSON, Prof. BAZIN, Dr. BERGH, Dr. BIDENKAP, Prof. BIESIADECKI, Dr. BURCHARDT, Prof. DUHRING, Prof. FRIEDREICH, Prof. GEBER, Prof. HEBRA, Prof. KAPOSI, Prof. KLOB, Prof. KÖBNER, Prof. LANDOIS, Prof. LANG, Prof. LEWIN, Prof. LIPP, Dr. LJUNGGREN, Dr. MICHAELIS, Prof. MOSLER, Prof. NEUMANN, Dr. OEWRE, Dr. PINCUS, Prof. REDER, Prof. RINDFLEISCH, Prof. v. RINECKER, Dr. SCHUSTER, Dr. SCHWIMMER, Prof. v. SIGMUND, Dr. SIMON, DDr. VEIEL, Prof. v. WALLER, Prof. WERTHEIM, Prof. WILSON, Prof. ZEISSL und anderen Fachmännern

herausgegeben von

Prof. Dr. F. J. Pick
Vorstand der Klinik für Hautkrankh. u. Syph. in
PRAG

und

Prof. Dr. H. Auspitz
Director der allgemeinen Poliklinik in
WIEN.

Vierter 1877. Jahrgang.

(Der Reihenfolge IX. Jahrgang.)

Mit neun lithographirten Tafeln und drei Holzschnitten.

Wien, 1877.

Wilhelm Braumüller

k. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
Coll. welMOmec
Call No. Ser WR1 003

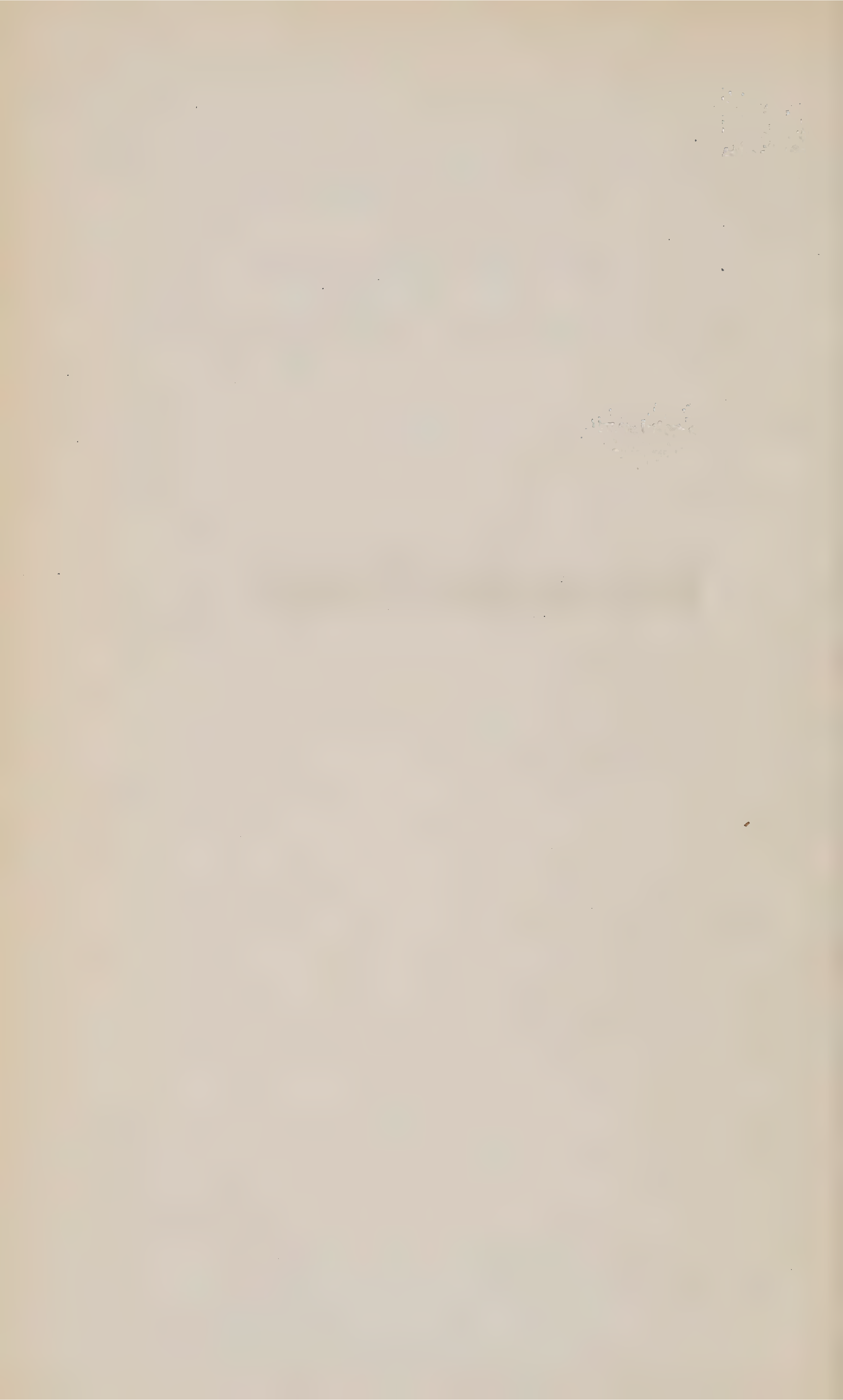
Inhalt.

Originalabhandlungen.

Aus den Verhandlungen ärztlicher Körperschaften.

Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Originalabhandlungen.



Die Wiener Klinik für Syphilis.[1]

Ein Rückblick auf ihr 25jähriges Bestehen

von

Prof. Dr. v. Sigmund

in Wien.

Nach der Rückschau auf die zeitlichen und räumlichen Verhältnisse, sowie auf die Verwaltungs- und Pflegeeinrichtungen der Anstalt mag nun noch ein Blick auf die darin verrichtete geistige Arbeit fallen. Es dürften in dem engeren Rahmen dieser Skizze einige Bruchstücke aus den regelmässigen Jahresberichten, den verschiedenen Veröffentlichungen und den klinischen Vorträgen genügen, um den Umfang, die Methode und die Leistung jener Arbeit sammt den Standpunkten zu kennzeichnen, wie solche dort in der Pathologie und Therapie des Faches bisher vertreten wurden[2]).

---

[1]) S. diese Vierteljahresschr. Jahrg. 1876, pag. 489.

[2]) Der erste Bericht über das k. k. allgemeine Krankenhaus erschien in der Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte (IX. u. X. H. 1850) als Privatarbeit; vom Jahre 1850 an veröffentlicht die Direction des Krankenhauses im Ministerialauftrage die bekannten ärztlichen Jahresberichte fortlaufend. In denselben sind von der Klinik und Abtheilung regelmässige mehr oder minder umfassende Berichte enthalten, in sämmtlichen aber eine alle wesentlichen Punkte berührende Statistik, ferner zahlreiche pathologische und therapeutische Ergebnisse und eine reichhaltige Casuistik eingeschaltet. Die Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte, die deutsche Klinik, die medicinische Presse und endlich die Wiener medicinische Wochenschrift enthalten sehr zahlreiche, aus der Klinik und Abtheilung geschöpfte Artikel, darunter auch viele stenographische Vorträge aus der Klinik. Auf die selbstständigen Arbeiten über Erkenntniss und Behandlung der Syphilis, die Einreibungscur und die neueren Behandlungsweisen der Syphilis darf ich wohl als bekannt hinweisen.

Die Errichtung der Klinik und Abtheilung für Syphilis fiel in die Wendungsepoche der Heilkunde zu der heute allgemein herrschenden anatomisch-physiologischen Richtung, eine mit dem Entwicklungsgange unserer Zeit innigst verwebte Wendung zum Realismus. Die Folge davon würde auch dem Einzelfache zu Theil, indem eine vollständige Umstaltung der Methode und Technik der Forschung und der Beobachtung, der Denk- und Handelsweise, gleichwie (unter besonderer Theilung der Arbeit = „Specialismus") ein ungemein lebhafter Aufschwung des möglichst ausgedehnten Anschauungsunterrichtes, wie in der gesammten Heilkunde, so auch hier Platz griff. Als Fachmann fuhr ich in dieser Richtung auch in der neuen Klinik fort, nachdem ich vorher in der von mir durch 7 Jahre (1842—1848) geleiteten grösseren chirurgischen Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses, sowie bei dem öffentlichen Unterricht über chirurgische Pathologie an der Universität (seit 1844) in derselben mich bereits bewegte [1]). Durch frühere persönliche — nicht flüchtige — Anschauung mit dem Stande der Heilkunde in den Heil- und Lehranstalten Deutschlands, Belgiens und Frankreichs (1841—42), so wie Englands (1843), besonders aber mit den für Syphilis bestimmten Spitälern bekannt, auch mit der ungemein zahlreichen Literatur des Faches, sowie den Ansprüchen der Heilkunst vertraut, vermochte ich ein desto bestimmteres Ziel für meine geistige Arbeit stecken. Es unverrückt festzuhalten unter den gerade in den letzten Jahrzehnten überaus mannigfaltigen, mitun-

[1]) Ein Bild der damaligen Strebungen im allgemeinen Krankenhause — in einer heute beinahe vergessenen Periode — findet sich unter Anderen in den Schriften Wunderlich's (Wien und Paris. Ein Beitrag zur Geschichte und Beurtheilung der gegenwärtigen Heilkunde in Deutschland. 1841), — Wilde's Austria etc. with notes upon the present state of science and a guide to the hospitals and sanatory establishments of Vienna. Dublin, 1843 (1841 betreffend), und Herzig's (Das medicinische Wien u. s. w. 1848. 3. Auflage 1863). — Dr. Wilde's Schrift verdient auch in Hinsicht auf die gesammten Culturfragen gelesen zu werden, indem der offenen und scharfen Auges urtheilende Arzt manchen Satz profetisch aussprach, welcher in Oesterreich viel zu spät beherzigt worden ist. Auch Hecker's Geschichte der neueren Heilkunde (1839) „die Wiener Schule", sowie Dr. Hirschel's Geschichte der Medicin (1862) mögen über den Stand der Heilkunde in Wien im 3. und 4. Jahrzehnt Aufschluss geben.

ter sehr erschütternden Ereignissen des Tages, dem oft wirren Drängen örtlicher und persönlicher Einflüsse, den vielfältig sich kreuzenden Ansprüchen an den Menschen, Arzt und Lehrer, das ist eben nicht immer leicht gewesen. Nach mancherlei Störungen lenkte man immer wieder in die vorgefasste Bahn ein, deren Ziel bis heute die gründliche Erkenntniss und Behandlung der Syphilis, und dieser gemäss eine Naturgeschichte der Syphilis geblieben ist, d. h. die selbstständige Sammlung von Thatsachen über die Entstehung, den Verlauf und Ausgang der Erkrankungen, sowie über die Ergebnisse ihrer Behandlung, um schliesslich daraus jene Vorschriften abzuleiten, welche am Krankenbette zu beobachten und in der Schule zu lehren sind. Ein stetiges Lernen, Handeln und Lehren mag denn in diesem Sinne selbst den ältesten und erfahrensten Kliniker Tag für Tag immer wieder neu anregen: die Scheidung des Bewährten, die Ermittelung des Neuen, die Aneignung der Fortschritte der Zeit, — heute mannigfaltiger und ansprechender als je zuvor, — bilden einen wohlgeschlossenen Kreis, in welchem man sich, zumal im beständigen Verkehre mit den jüngeren Berufsgenossen, mit stets frischem Reize bewegt. Wenn irgend etwas die mühselige und zeitraubende Arbeit lohnen kann, so ist es eben die Befriedigung dieses Reizes, und dieselbe muss auch hinweghelfen über die nicht seltenen widerwärtigen Eindrücke von Kranken oft sehr geringen Bildungsgrades und minder achtbaren Charakters, Eigenschaften, welche im Umgange mit Kranken unseres Faches häufig mehr hervortreten als bei anderen.

Die zunächst folgende Uebersicht der Krankenbewegung in der Klinik und Abtheilung, binnen der Jahre 1849 bis 1876 (Ende) lässt einen Schluss auf die eigentliche materielle Beschäftigung zu. Neben diesen Kranken bot auch das Ambulatorium eine nicht unerhebliche Zahl von Fällen, in neuerer Zeit bis zu 900 steigend, der Beobachtung dar; dass darunter nahezu $^1/_4$ nicht in die Kategorie des Faches gehörte und dass die Mehrzahl der Kranken nur kürzere Zeit behandelt wurden, ergibt sich aus der Bestimmung solcher Anstalten. Immerhin aber sind sie, auch vom humanitären Standpunkt abgesehen, für die klinischen Zwecke von höchstem Belange, denn man entnimmt denselben manchen sehr belehrenden, mitunter höchst seltenen Fall, und man kann die aus der Anstalt entlassenen Personen dem Ambulatorium oft

noch einer längeren Beobachtung zuführen. In diesem Sinne vermag die Errichtung einer zweckmässigeren Räumlichkeit für dasselbe (S. H. 4. 1877. Seite 501) nicht angelegentlich genug empfohlen werden, zumal das Krankenhaus selbst dabei nur gewinnt.

In der Klinik und Abtheilung sowie in dem Ambulatorium besitzt der Kliniker ein sehr umfassendes, aber keinesfalls vollständiges Beobachtungsfeld der Syphilis. Selten oder gar nicht kommen da nämlich Erkrankungen der Kinder, zumal congenitale, ferner die der Eingeweide, des Nervensystem und einzelner Sinnesorgane vor; ja viele Nasen-, Rachen- und Kehlkopf-, Gelenks-, Knorpel- und Knochenerkrankungen sowie Marasmus und Cachexie durch Syphilis bedingt, erscheinen in anderen speciell aufzusuchenden Anstalten. Die Bekanntschaft mit diesen und die Privatpraxis ergänzen daher das klinische Wissen sehr wesentlich. Die Privatpraxis aber ist auch, ohne das Anrecht der Privatkranken anzuschlagen. insoferne für den Kliniker eine unentbehrliche Bedingung, als er eben in derselben die Einsicht gewinnt, den Praktiker für das Leben zweckmässig auszubilden. Grosse Städte und einzelne Curorte [1]) gewähren vorzugsweise die Uebersicht der klimatischen und hygienischen Einflüsse weit entfernter Wohnorte auf die Syphiliskranken und bringen mitunter ebenso seltene als schwere Formen zur Anschauung des Arztes. Auf die gerade über Syphilis herrschenden mannigfachen Vorurtheile und Irrthümer vermag der in der Privatpraxis sich betheiligende unabhängige und erfahrene Kliniker belehrenden Einfluss nachhaltiger zu nehmen, als die Mehrzahl gewöhnlicher Praktiker.

Die von mir für jeden einzelnen Kranken eingeführten „Tabellen“ der Klinik und Abtheilung bilden nebst den Personalsstandesbüchern die Grundlage meiner Statistik, selbstverständlich auch die der folgenden Uebersicht. Die Tabellen liefern je nach dem Einzelfalle die kurze Zusammenstellung der persönlichen Eigenschaften der Behandelten, den Befund ihres Organis-

---

[1]) Die heutzutage für Syphilis vorzugsweise empfohlenen Curorte bieten in dieser Hinsicht namentlich die späteren Entwicklungsformen der Syphilis betreffendes, ungemein lehrreiches Materiale, zugleich auch insofern, als neben den dort geheilten selbst die daselbst nicht geheilten Fälle wieder Gegenstand neuer Beobachtungen werden.

mus und die Diagnose der Erkrankten bei ihrer Aufnahme, dann Verlauf, Behandlung und Ausgang — mehr oder minder ausführlich und genau; als leitender Grundsatz galt es, die wichtigste Krankheitsform hervorzuheben und darnach die Eintheilung derselben in das statistische Schema erst bei der Entlassung der Personen vorzunehmen. So sind auch die Jahresberichte erwachsen, welche der Krankenhaus-Direction von Jahr zu Jahr von 1849 an vorgelegt wurden [1]).

Uebersicht der in der Abtheilung und Klinik für Syphilis behandelten Kranken nach den Gruppen

Jahrgang	Tripperformen M. + W.	Geschwürsformen M. + W.	Syphilisformen M. + W.	Nicht-syphil. Form. M. + W.
1849	523 + 525	819 + 399	205 + 208	— —
	1038	1218	413	
1850	471 + 427	632 + 271	285 + 273	— —
	898	903	558	
1851	350 + 342	326 + 218	255 + 227	— —
	692	544	482	
1852	247 + 181	196 + 130	196 + 387	— —
	428	326	583	
1853	200 + 285	173 + 100	232 + 385	— —
	485	273	617	
1854	204 + 405	186 + 85	233 + 475	— —
	609	271	708	
1855	313 + 390	215 + 168	247 + 662	— —
	703	383	909	
1856	109 + 186	113 + 98	208 + 312	— —
	295	211	520	
1857	229 + 154	160 + 52	232 + 356	40 + 63
	383	212	588	103
1858	262 + 355	255 + 155	409 + 600	28 + 18
	617	410	1009	46

[1]) Die Berichte sind theilweise von dem Vorstande der Klinik und Abtheilung, theilweise von den ersten Secundarärzten und Assistenten verfasst, selbstverständlich unter der Gewähr des Ersteren.

Jahrgang	Tripperformen M. W.	Geschwürsformen M. W.	Syphilisformen M. W.	Nicht-syphil. Form. M. W.
1859	254 + 157	175 + 107	196 + 282	42 + 25
	411	282	478	67
1860	281 + 174	281 + 94	207 + 281	52 + 34
	455	375	488	83
1861	327 + 179	275 + 114	375 + 326	62 + 48
	506	389	701	110
1862	402 + 112	410 + 91	480 + 280	58 + 33
	514	501	760	91
1863	370 + 164	422 + 112	472 + 430	67 + 40
	534	534	905	107
1864	361 + 134	277 + 68	530 + 344	88 + 89
	495	345	874	177
1865	241 + 102	117 + 34	374 + 347	54 + 85
	343	151	721	137
1866	226 + 107	107 + 84	480 + 331	28 + 57
	333	191	811	85
1867	202 + 103	266 + 73	404 + 369	44 + 15
	305	339	773	59
1868	236 + 101	259 + 54	420 + 318	35 + 30
	337	313	818	65
1869	287 + 127	319 + 49	546 + 413	57 + 27
	414	368	959	84
1870	260 + 92	232 + 55	388 + 239	52 + 9
	352	287	627	61
1871	265 + 62	238 + 48	338 + 189	26 + 11
	327	286	527	37
1872	291 + 76	258 + 42	417 + 204	27 + 21
	367	300	621	48
1873	361 + 72	315 + 50	249 + 171	29 + 16
	433	365	420	45
1874	263 + 73	315 + 59	345 + 186	11 + 11
	336	374	531	22
1875	320 + 73	240 + 39	341 + 195	16 + 16
	393	279	536	32
1876	314 + 73	226 + 34	381 + 165	20 + 21
	387	260	546	41

Ein näheres Eingehen in die Zahlen der einzelnen Krankheitsformen führte weit über den Raum dieser Skizze hinaus und es genüge zu bemerken, dass mein ursprünglicher Plan, eine nach allen Richtungen hin berechnete Statistik der Syphilis zunächst in Wien, nach und nach in der Monarchie und auch in ferneren Kreisen zu erzielen [1]), sich schon nach den ersten Jahren als unausführbar erwies, obenan aus Mangel an den passenden Vorarbeiten dafür — besteht doch heute noch nicht einmal ein wissenschaftlich haltbares oder wenigstens übereinstimmendes Schema für die Wiener Anstalten. Der Plan wurde daher aufgegeben und eine blos die eigene Anstalt ins Auge fassende Statistik zusammengestellt, wovon ein mehr oder minder namhafter Theil in die Jahresberichte übergegangen ist. Bis zum Jahre 1856 konnten durch nähere Bezeichnung in Zahlen über die Eigenschaften der erkrankten Personen und die Orte der Erkrankung allgemein belehrende Angaben geliefert werden; in diesem Jahre trat die Ausscheidung der sogenannten Polizeikranken in die neuerrichtete Wiedener und 1865 die weitere Vertheilung von Syphilitischen in die Rudolfsstiftung ein, so dass auch nur durch die Personalstatistik selbst blos in socialer und prophylaktischer Hinsicht nichts erhebliches mehr zu gewinnen war. Desto lohnender fielen dagegen die über die Krankheitsformen und die Ergebnisse ihrer Behandlung, sowie die über die Einwirkungen der Hygiene, der Zimmerpflege und die je nach einzelnen eben bestehenden socialen Einflüssen gesammelten statistischen Daten in den davon abgeleiteten Schlussfolgerungen aus. Ich habe aus diesen, bald den einen bald den andern Abschnitt mehr berücksichtigenden, Zusammenstellungen eine sehr erspriessliche Belehrung geschöpft und indem ich dieselben mit den parallel geführten Aufzeichnungen aus der Privatpraxis der Stadt zusammenhielt, ein mehr als blos ärztliches Bild der Krankheitsgruppe, — ein Spiegelbild der Zeit gewonnen —, höchlich interessant, namentlich auch für den Anthropologen, den Psychologen und Ethiker, zu mancher Nutzanwendung geeignet für die individuellen, familiären und socialen Beziehungen, zu welcher indessen der Zeitpunkt wohl noch

---

[1]) Siehe den einleitenden Vortrag für das Studienjahr 1849/50: Ueber die Aufgabe der Heilanstalt und Klinik für syphilitische Kranke in grösseren Städten" von Sigmund. Wien, Sollinger 1849.

nicht geeignet erscheint; aber verwerthet habe ich meine Betrachtungen in den klinischen Vorträgen zur Belehrung und Anregung der jüngeren Welt, welche zu Umstaltungen der Gesundheitspflege mehr berufen sein mag als die eben noch um die Grundlagen ihrer Existenz ringende Gegenwart. Kehren wir von dem Felde verführerischer zu einigen trockenen Betrachtungen vorliegender Thatsachen aus der Sphäre der öffentlichen und privaten Gesundheitspflege zurück.

Die Zahl erkrankter Männer wiegt immer sehr bedeutend vor über jene der Weiber, was noch greller in der Privatpraxis hervortritt. Im grossen Ganzen ist die Thatsache überall richtig, der Mann sucht eben länger, häufiger und wechselsüchtiger die Befriedigung des Geschlechtstriebes auf als das Weib; auch begnügt sich der Mann seltener mit den überaus mannigfachen Varianten extragenitalen Ersatzes jener Befriedigung oder der platonischen oder phantastischen Liebe, die so vielen Frauen genügt. Indessen lehrt gerade eine genauere Prüfung der Thatsachen, dass die meisten venerischen und syphilitischen Erkrankungen bei dem Weibe milder verlaufen, häufig ganz übersehen oder absichtlich verheimlicht und dass die Folgen derselben sehr oft nicht mehr richtig erkannt werden. Erwägt man nun, wie selbst in grösseren Städten überhaupt von den Weibern die ärztliche Hilfe seltener in Anspruch genommen wird und wie in allen Klassen — auch den höchsten — die Quacksalberei, voran jene der Hebamme, noch immer viel zu viel, die Wissenschaft aber von dem eigenen Körper und der Bedeutsamkeit zweckmässiger ärztlicher Pflege viel zu wenig gilt, so vermag man dem auf die Zahl der weiblichen Kranken bezüglichen Theil der Statistik nur einen bedingten Werth zuzugestehen.

Bemerkenswerth sind die Folgerungen aus den Alterszahlen der Erkrankten. Erkrankungen vor dem 14. Jahre (die hereditären sind ausgeschlossen!) gehören bei beiden Geschlechtern zu den Seltenheiten; doch zeigt sich sowohl in der öffentlichen als auch in der Privatpflege eine in den letzten Jahre zunehmende Zahl von Fällen meistens zwischen den 12.—14. Jahre (1849—1866 = 6 per mille, seit 1867 = 8—9 per mille und zwar bei Weibern 5—6, bei Männern nur 3 per mille), und die auf Syphilis fallende Zahl wiegt dabei vor. Nur ausnahmsweise vermitteln andere als genitale Berührungen die Ansteckung. Uebertragungen der Syphilis

durch Vaccination [1]), und durch die rituelle Beschneidung haben wir hier ganz übergangen, obwohl sie im Ambulatorium, sowie in der Privatpraxis, auch in der Klinik selbst vorkamen. Während bei dem Manne die häufigsten Erkrankungen auf die Lebensjahre von 18—30 fallen, häufen sich solche bei dem Weibe auf die Periode zwischen dem 16.—25.; während der Mann indessen auch noch zwischen dem 30.—40. Jahre nicht eben selten erkrankt, geschieht das beim Weibe schon desto seltener, je mehr es sich dem 40. nähert. Für diese Thatsache gibt es gar mannigfaltige Erklärungen und es sei nur bemerkt, dass in diesen Berechnungen die öffentlichen Dirnen und das Militär nicht eingeschlossen sind. Erkrankungen in höherem Alter nicht zahlreich zeigen ausnahmsweise sich auch noch bei Siebzigern, fast nur Männern, und sogar bei einigen Achtzigern [2]), von welchen beiläufig bemerkt die vollkommene Functionsfähigkeit ihrer Organe behauptet wurde.

Erhebliche Folgerungen aus der Beschäftigung, Lebensstellung und Lebensweise der Erkrankten sind wohl nicht zulässig, weil die Angaben derselben so ungenügend, aber auch die in unsere Pflege Eintretenden ein unberechenbarer Bruchtheil der Bevölkerung sind. Bemerkenswerth jedoch erscheint der Umstand, dass eine beträchtliche Zahl von Kranken aus den Provinzen des Kaiserstaates, ja mitunter aus weiterer Entfernung, in die Hauptstadt bereits erkrankt ankam, häufig bloss um sich hier behandeln zu lassen; in dem Krankenhause steigt die Zahl alljährlich und betrug im Jahre 1875 8 %, 1876 und 1877 sogar über 9 %; — von den Schwangeren, die sehr oft eben nur ihrer Entbindung halber nach Wien kamen, wächst ein sehr beträchtliches Contingent Syphilitischer, bis zu 20 % der Weiber, der Anstalt zu. Da ein in Wien Erkrankter

---

[1]) Gegenüber den hie und da gehaltenen Verdächtigungen der Wiener Landesimpfungsanstalt habe ich bei jeder Gelegenheit die im Laufe so vieler Jahre bewährte Erklärung abgeben können, dass ich keinen einzigen Fall kenne, in welchem durch den aus derselben bezogenen Impfstoff Syphilis übertragen worden wäre.

[2]) In meiner Abhandlung über die Einreibungscur (S. 61) ist der Fall eines damit behandelten 90jährigen Greises angeführt, der eine syphilitische Sclerose an der Vorhaut und consecutive Syphilis darbot.

wohl seltener die Hauptstadt verlässt, so mögen diese Verhältnisse bei der Abschätzung der Wien selbst als Ursprungsort angerechneten Erkrankungen nicht zu übersehen sein.

Von dem entschiedensten Einfluss auf die Zahl und Bedeutsamkeit der Erkrankungen sind die gesellschaftlichen Zustände. Ohne diese übrigens wohlbekannte Thatsache hier weiter zu erörtern, möchte ich doch auf die in der als gar lebenslustig berufenen „Phäakenstadt" gemachten Erfahrungen hinweisen, dass die mit einem regelmässigen Erwerbe beschäftigten Weiber höchst selten und noch viel seltener namhaft erkrankten; in unseren Privatfabriken findet sich dafür bereits vielfache Bestätigung, noch mehr aber in den mehrere Tausend zählenden Staatsfabriken (zumal den für Tabakbearbeitung), wo zugleich eine leicht zugänglich ärztliche Pflege gewährt ist, ein praktischer Fingerzeig für die Anwälte der Syphilis-Prophylaxis.

In allen Wiener Krankenanstalten sind vielerlei Nationalitäten vertreten, insbesondere aber zieht die Cultur der Specialitäten nicht nur aus dem Kaiserreiche, sondern aus den Nachbarländern, selbst aus fremden Welttheilen Hilfesuchende herbei und so zeigt sich denn in den Sälen der Syphilitischen eine bunte Mischung von Nationalitäten und Racen. Immerhin ist das deutsch-österreichische Element im grossen Ganzen vorherrschend, aber in manchen Jahren war es das slavische, indem Böhmen, Mähren und Ungarn, Krain, Croatien, Slavonien, selbst Dalmatien ein sehr beträchtliches Contingent lieferten. Dieses ereignete sich insbesondere bei grösseren Bewegungen, so zur Zeit der Kriege (1849, 1859, 1866) und der Weltaustellung. Solche Perioden brachten auch die grellsten, meistens vernachlässigten Krankheitsformen, zu deren Zustandekommen nationale und Racengewohnheiten, obenan mangelhafte Körperpflege, sehr viel beitrugen. Nicht unbemerkt bleibt dem Statistiker der günstige Einfluss guter Schulen auf das Benehmen der Kranken; solche suchten früher die passende Hilfe, beobachteten sorgsamer ihre Pflege und genasen rascher. Auffallend zeigt auch heute noch jene Reihe von Ständen, neben oft sehr vernachlässigten Erkrankungen, die grösste Verwahrlosung ihrer Körperpflege, welche vermöge ihrem täglichen Berufe am nächsten dazu verpflichtet wäre: Fleischhacker, Bäcker,

Früchtenhändler, Kellner, Wäscherinnen, Köchinnen, Kindsmägde u. dgl. m., und eine ironische Thatsache ist es, dass aus der nächsten Umgebung des Krankenhauses häufig sehr verschleppte schwere Formen der Anstalt zuwachsen.

Schliesslich wiederhole ich auch hier unter den statistisch-persönlichen Ergebnissen die Thatsache, dass die geheime Prostitution weit häufiger und ärger die Verbreitung von Ansteckung vermittelt, als die öffentliche, und dass selbst von der minder bemittelten Bevölkerung die in Wien überall zugänglichen wissenschaftlich berufenen Aerzte weit seltener aufgesucht werden, als die Reclamanten der öffentlichen Blätter.

Die Statistik der drei Gruppen wurde in das Schema Tripper-, Geschwürs- und Syphilisformen gefasst[1]). Dieses Schema hat erst im Jahre 1855 seine vollständige Ausfüllung gefunden, weil bis dahin (nach der älteren Anschauung über die Einheitlichkeit des Ansteckungsstoffes) venerische (sogenannte weiche) Geschwüre sammt ihren Lymphdrüsenentzündungen den Syphilisformen mitunter zugezählt worden sind, sowie auch umgekehrt einzelne mit Eiterung verbundene Erstlingsformen der Syphilisformen unter die Helkosen geriethen. Die immer mehr geschärfte Aufmerksamkeit auf das Verhalten aller Organe und Systeme, insbesondere auf das der Lymphdrüsen und der äussern und Schleimhaut, sowie dazu auch eine hinreichend lange Beobachtung der Kranken sammt der Massregel, die Diagnosen erst am Schlusse der Beobachtung endgiltig festzustellen, haben die Fehlerquellen auf die möglich geringste Zahl herabgesetzt. Die Eintheilung in die Gruppen erfolgte nach der vorwiegend schwersten Form; Tripper als die leichteste, Geschwür als die leichtere, Syphilis als die schwerste angesehen — eine im grossen Ganzen wohl richtige, aber je nach dem Einzelfall nicht immer zutreffende Anschauung.

Die gleichzeitige Verbindung von Tripper, Geschwür und Syphilis gehört nach unserer Statistik zu den Seltenheiten, aber sie besteht thatsächlich und, so wenig diese

---

[1]) Siehe: Ueber Begriffsbestimmung und Eintheilung syphilitischer Krankheitsformen. (Zeitschrift der k. k. Gesellschaft d. Aerzte in Wien 1861, dann Medicin. Wochenschrift 1864, Nr. 20 — und Jahresbericht 1861, 1864.)

Thatsache auch in die Beweisführungen der sogenannten Unicisten passt, so sehr muss sie der unparteiische Forscher beachten. Gerade die Privatpraxis liefert in dieser Beziehung zwingende Belege, denen man allerdings eine willkürliche Auslegung zu Theil werden lassen kann, während alle Erscheinungen zusammengenommen für die dualistische Erklärung derselben sprechen. In der Abtheilungs- und Benennungsweise der Krankheitsformen wurden die älteren Schemen beibehalten, hauptsächlich aus Mangel an genügenden wissenschaftlichen Motiven und aus dem Grunde der leichteren Verständigung mit anderen Berufsgenossen. Selbst die neuesten Ergebnisse der pathologischen Forschungen genügen ja bekanntlich noch nicht, um für die Eintheilung und Benennung der krankhaften Vorgänge allgemein giltige und haltbarere neue, gründlichere und einfachere Schemen zu entwerfen: eine Specialität aber, die so vielfach und so innig mit allen pathologischen Fortschritten zusammenhängt, muss daher in Systematik der Terminologie eben nur an die allgemein angenommenen Begriffsbestimmungen und Bezeichnungen sich halten, und kann nur einzelne Neuerungen insoferne aufnehmen, als sie als vollkommen begründet erscheinen, wie es namentlich bei den echt syphilitischen Formen der Fall ist. Die Ausdrücke primär und secundär sind, obwohl der alten Terminologie angehörig, noch immer für Syphilisformen verwendbar, sobald man sie nur richtig definirt, d. h. den histologischen und klinischen Beobachtungen Rechnung trägt.

Die Statistik der Formen weiset unter anderen die absolute und relative Zunahme der Syphilis nach: es wird aber von fortgesetzten genaueren Aufzeichnungen abhängen zu entscheiden, ob an den wachsenden Zahlen die mehr eingehendere Forschung und die schärfere Diagnostik nicht den Hauptantheil haben. Immerhin genügen die Zahlenbeweise zur Erwirkung regster Beachtung aller dabei Betroffenen.

Sehr häufig ist die Verbindung des Trippers mit der Syphilis und ganz besonders bei dem Weibe, wo sie in einzelnen Jahrgängen bis zu 45 %, im Ganzen aber 32 % nicht überschreitet; seltener kommt das Geschwür mit dem Tripper vereinigt vor und auch hier wieder häufiger beim Weibe. Endgiltig lässt sich behaupten, dass die Erkrankung an Tripper die weitaus häufigste

aller venerischen Erkrankungen bei beiden Geschlechtern ausmacht und dass die Verbindung desselben mit Syphilisformen häufig vorkommt, eine Beobachtung, welche auch die Privatpraxis bestätigt. In einzelnen unserer Jahresberichte finden sich die concreten Belege dafür nach Reihen von Jahren aufgezählt.

Die Statistik der Krankheitsformen konnte mit mehr Genauigkeit geliefert werden, als die ihrer Complicationen mit anderen, zumal constitutionellen Krankheitsprocessen und als jene der Behandlungserfolge überhaupt und dann der Syphilis insbesondere. Eine strenge Kritik der gesammelten Thatsachen führte zu der Annahme, dass bei den Tripper- und Geschwürsformen kaum 5 %, bei den Syphilisformen aber kaum 2 % der Diagnosen Zweifel über die Richtigkeit derselben zulassen. Dagegen sind die über die Complicationen mit anderen Krankheitsprocessen gesammelten Thatsachen noch höchst unvollständig, und das zwar theils wegen des Mangels unserer diagnostischen Kenntnisse, theils wegen der unzureichenden Arbeitskräfte für eine namhaftere Zahl von Kranken. In ersterer Beziehung macht man oft die Bemerkung, dass erst der Verlauf der specifischen Erkrankung auf mehr oder minder verborgene Complicationen hindeutet (Scrofulose, Tuberculose, Rheumatose, Arthritis u. s. f.). Wir kommen später noch einmal auf diese Erfahrung zurück, sowie auf die mit höchster Behutsamkeit aufzunehmende Statistik der Behandlungserfolge; der nach richtigen Ergebnissen forschende Fachmann findet in seiner eigenen Statistik hierüber von Jahr zu Jahr immer neu belehrende Beschränkung und fällt daher sein Urtheil über den Erfolg der Behandlung — niemals zu verwechseln mit „Heilung“ — nur unter mancherlei Vorbehalten, welche in einzelnen Formen der Syphilis, z. B. Gumma, oft auf 10 % sichere Heilungsergebnisse herabsinkt. Allerdings stimmen solche Anführungen nicht gut zu den glänzenden Erfolgen, welche von Partisanen einzelner Methoden für ihre Mittel in das Feld der Streitbarkeit gestellt werden, um endlich der weiteren Beobachtung mindestens als Selbsttäuschungen zu verfallen.

Halte ich schliesslich die Ergebnisse meiner Aufzeichnungen aus meinem Privatberufe mit jenen der öffentlichen Anstalt zu-

sammen, so gelange ich unter Erwägung aller einschlägigen Verhältnisse zu dem Schlusse, dass die venerischen und syphilitischen Krankheiten in Wien selbst wohl in stätiger Zunahme, jedoch in leichteren Formen, dagegen aber die schwereren Formen in Abnahme begriffen sind [1]). Ich verweise zunächst auf die Jahresberichte der Anstalt; aber nicht nur in dieser, sondern auch in der Privatpraxis kommen die schwereren Fälle nicht aus der Hauptstadt, ja selbst nicht aus den deutschen Ländern Oesterreichs, sondern aus den ungarischen und slavischen Provinzen der Monarchie, ja zum Theile aus den entlegenen Fremdgebieten des Ostens und Nordens. So stehen selbst unsere Zählungen auch in geradem Verhältnisse zu dem Stande der gesammten Gesundheitspflege in eben jenen Ländern, d. h. der Zahl und Wirksamkeit der Aerzte, sowie der Cultur der Hygiene; da diese immer und überall der Ausdruck der Familien- und Schulerziehung, also der wahren und allgemeinen Bildung ist, so kann der Stand der Behandlung der allgemeinsten Volkskrankheit — der Syphilis — als ein vollgiltiger Werthmesser der Bevölkerung eines Landes betrachtet werden. Fiat applicatio. . . . .

Eingedenk der Wahrheit, dass eine wohlgeordnete Statistik den sichersten Massstab unseres Wissens und Handelns, den zweckmässigsten Fingerzeig für unser Forschen und Streben abzugeben vermag, schien mir die darauf verwendete Mühe und Zeit nach allen Richtungen wohl angebracht [2]), aber ich wurde dabei auch der mannigfachen Fehlerquellen inne, welche dem Forscher bei der Syphilis zumal von allen Seiten entgegentreten, abgesehen vom nicht seltenem Bestreben für persönlich vorgefasste Meinungen aus

---

[1]) Eine sehr traurige Wahrnehmung bietet die Statistik in der stetig wachsenden Zahl viel zu spät die richtige ärztliche Hilfe suchender Kranken, in der häufigeren Vererbung der Syphilis und in der immer umfangreicheren Verkümmerung der Erkrankten, welche aus mehrfachen Gründen der Spitalspflege in grelleren Formen als je vorher zuwachsen — eine Wahrnehmung, welche zumal der ältere Spitalsarzt auffallend findet.

[2]) Die erst vor Kurzem in Wien begonnenen Anläufe zur Regelung der Prostitution mögen vor der Hand nicht in Anschlag gebracht werden: jedenfalls erscheinen sie, wenn auch nur als halbe Massregeln, doch als Anfang zur Umkehr von einer passiven Haltung gegenüber dem riesigen Erbfeinde.

den Ziffern die Belege zusammenzusuchen. Es ist nicht hier der Ort, die für die individuelle und sociale Prophylaxis wichtigen Ergebnisse unserer Statistik näher zu berühren, um so weniger, als dieselben ohne tiefergreifenden Erfolg geblieben sind, vielleicht weniger aus Mangel an Einsicht und gutem Willen der dafür aufgestellten Organe, als vielmehr aus Mangel an Geldmitteln für derlei Zwecke [1]). Sind doch sogar alle noch so wohl begründete und noch so gut geplante Anträge ganzer gelehrter Vereine und internationaler Congresse, die selbst von den Regierungen dazu berufen waren, in der Frage der Prophylaxis der Syphilis bisher ohne jeden praktischen Erfolg ausgesprochen worden.

Dem Jahresberichte des k. k. allgemeinen Krankenhauses 1868 (erschienen 1869) habe ich (als damaliger provisorischer Leiter desselben) ein bündiges Wort über die Nützlichkeit und Nothwendigkeit einer wohlgeregelten Statistik der Anstalt vorangesetzt. Von eben so vielen Seiten man auch eine solche Arbeit gründlich und folgerichtig lange genug betreibt, sie liefert eben so vielseitige erspriessliche Ergebnisse: sehen wir ab von dem unmittelbaren pecuniären Gewinne, welcher in grossen Anstalten mit einer genauen Statistik am sichersten erzielt wird, steht der wissenschaftliche weit höher, bestände er auch nur in der richtigeren Bewerthung unserer Behandlung. Wie ganz anders stellen sich unsere Anschauungen über Verlauf und Ausgang der Krankheiten dar, wenn wir z. B. die wiederholt in die Anstalt eintretenden, von uns früher behandelten Kranken neuerdings zu beobachten Gelegenheit haben! Die Verwaltung wird einst die Nothwendigkeit einsehen, uns die Gelegenheit dazu in den zweckmässigen Formen kategorisch zu sichern und damit den Kranken selbst, sowie den Humanitätsanstalten einen wahren Dienst erweisen. Vor der Hand baut sich ein Jeder von uns seine Specialstatistik eben so mühselig und so gut zusammen als es die Umstände zulassen.

Nach und nach ist indessen eine klarere Pathologie, damit unsere heutige genauere Systematik und Terminologie, sowie eine sicherere Therapie erwachsen, und selbstverständlich von Jahr zu Jahr dem Fortschritte gemäss umfassender in die gesammte

---

[1]) S. Med. Wochenschr. 1876, S. 233, 279. Ueber die Prophylaxis der Syphilis.

klinische Gebarung und die Praxis übergegangen. Gerade bei Syphilis weist dieselbe eben auf Grundlage der Statistik überzeugend nach, wie der Antheil an den Behandlungserfolgen der Vereinigung der schärferen Diagnostik mit der umsichtigeren Würdigung der hygienisch-diätetischen sowie bestimmten pharmaceutischen Einflüssen zuzuschreiben ist. Allerdings weiset eben diese mit strenger Kritik gehandhabte Statistik auch nach, dass unter den Folgerungen aus massenhaften Thatsachen, doch nur jene einen wissenschaftlichen Werth besitzen, welchen lange, vielseitige und emsige Forschung, gleichwie genaue Beobachtung, Richtigkeit des Urtheils und Wahrheit des Ausspruches zu Grunde liegen. Wie schwer solche Folgerungen zu erlangen, wie gering die Zahl der wirklich brauchbaren Thatsachen und wie einseitig die Mehrzahl aller statistischen Angaben sind, davon belehrt ganz besonders die Quellenforschung auf dem Gebiete der Syphilis und schon aus diesem, noch mehr aber aus manchem anderen gewichtigen Grunde, habe ich von den gerade auf unserem Gebiete beliebten Parteifehden keinen wissenschaftlichen Nutzen wahrnehmen können, sintemal nach Wahrheit forschenden Berufsgenossen factische Belehrung eben in der Klinik und Abtheilung stets jederzeit offen steht.

Wien, Ende Januar 1877.

(Schluss folgt.)

Reizung und Syphilis.

Von

Dr. B. Tarnowsky,

Professor an der k. med.-chirurg. Akademie zu St. Petersburg.

Die folgenden Untersuchungen wurden im Jahre 1868 von mir angefangen, in der Absicht, die Frage der Beziehung des weichen Schankers zur Syphilis zu erläutern. Die erhaltenen Resultate sind in russischer Sprache publicirt worden, in Form von Bemerkungen zur Uebersetzung des Handbuches von Professor E. Lancereaux (Traité historique et pratique de la Syphilis), welche unter meiner Redaction im Jahre 1876 erschienen ist.

Diese meine Beobachtungen veröffentliche ich nun für deutsche Leser als vorläufige Mittheilung und hoffe, später eine ausführliche Untersuchung aller hier erwähnten Fragen anzuschliessen.

Diejenige Thatsache, welche hauptsächlich für die Einheit des Contagiums des harten und weichen Schankers vorgebracht wird, ist von Bidenkap dargestellt worden und besteht in Folgendem: Wenn er das Secret eines unbezweifelt harten Schankers dem Kranken selbst und anderen Syphilitischen einimpfte, bekam er fast immer ein negatives Resultat; in selteneren Fällen, wenn das Secret viele Eiterzellen und sonstigen Zerfall enthielt, bildete sich am 3., 4. Tage an der Stelle der Impfung eine Pustel, welche später platzte und ein Geschwür hinterliess, das sich im Umfange vergrösserte, sich mit einem kupferrothen Rande umgab und ohne jegliche Behandlung innerhalb 20—30 Tage heilte.

Wurde der Kranke mit dem Secret dieser Impfungs-Geschwüre von neuem geimpft, so erhielt man immer positive Resultate. Ein solches Geschwür, das im Aussehen und Verlauf dem weichen Schanker sehr ähnlich ist und reinoculirt werden

kann, wurde von Bidenkap für einen weichen Schanker gehalten. In einzelnen Fällen bildete sich am 9.—11.—15. Tage an der Impfungsstelle eine kupferrothe Papel, welche sich vergrösserte, zuweilen bis zur Erbsengrösse, sich zu schälen begann und sich dann langsam resorbirte. Papeln, die sich an der Impfungsstelle entwickelten und in ihrem Verlauf und Aussehen mit syphilitischen primären Verhärtungen auf trockenen Hautstellen die grösste Aehnlichkeit boten, wurden von Bidenkap für harte Schanker gehalten. In Folge dessen sprachen sich Prof. W. Böck und die Doctoren Bidenkap und Gjör, welche während meines Aufenthaltes in Christiania im Jahre 1872 die Resultate der Impfversuche mir freundlichst demonstrirten, dahin aus, dass in einigen Fällen die Inoculation des harten Schankersecrets bei Syphilitikern Geschwüre hervorruft, welche alle Charaktere eines weichen, in anderen die eines harten Schankers aufweisen, — also ist der Ursprung beider Geschwüre identisch — das Contagium eins und dasselbe. Zu denselben Resultaten gelangt man, wenn man Syphilitikern das Secret der Schleimpapeln inoculirt, was schon theilweise von Köbner controlirt worden ist („die Bildung des weichen Schankers") und ihn zum Ausspruche folgender Theorie veranlasste: kommt das Secret eines weichen Schankers, reich an Eiterkörperchen und Zerfall, also das Contagium im concentrirten Zustande enthaltend, in Berührung mit der gesunden Haut oder Schleimhaut, so bewirkt es einen rasch verlaufenden Geschwürsprocess, dessen Produkte nicht Zeit haben, in den Blutstrom zu gelangen und den ganzen Organismus zu vergiften. Im Gegentheil verursacht das nur spärliche Eiterzellen und Zerfall enthaltende Secret des harten Schankers, welches dasselbe, aber so zu sagen verdünnte Contagium enthält, an der Stelle seines Eindringens in den Organismus eine langsam verlaufende, begränzte Entzündung, deren Zerfallsprodukte resorbirt werden, in den Blutstrom gelangen und die Erscheinung der constitutionellen Syphilis hervorrufen.

Die vollkommen verbürgten, auf dem Wege vieler Inoculationsversuche gewonnenen Thatsachen werden durch eine Reihe klinischer Beobachtungen bekräftigt, welche durch die Annahme des „Chancre mixte" der Dualisten nicht erklärt werden können, und welche lauten:

1. Der harte Schanker ist nicht immer ein Kennzeichen der Syphilis. Nicht selten beobachtet man Schanker mit grosser, vollständig charakteristischer Verhärtung, welche, unbehandelt gelassen, doch keine nachfolgenden Erscheinungen der Syphilis hervorriefen. Ein Beweis, dass der harte Schanker, ebensogut wie der weiche, eine örtliche Erkrankung sein kann.

2. Der harte Schanker kann von Schankerbubonen begleitet sein und trotzdem keine Erscheinungen der constitutionellen Syphilis zur Folge haben.

3. Von Prostituirten, welche nur an weichem Schanker leiden, ohne nachfolgende syphilitische Erscheinungen darzubieten, tragen die einen Männer — weiche, die anderen harte Schanker davon.

4. Ebenso ist es beobachtet worden, dass solche Frauenzimmer, die an hartem Schanker leiden, gesunde Männer anstecken können, entweder mit weichem Schanker, nach welchem sich keine nachfolgenden syphilitischen Erscheinungen entwickeln, oder mit hartem Schanker, welcher von constitutioneller Syphilis gefolgt wird.

Die Richtigkeit der erwähnten Thatsachen ist für mich keinem Zweifel unterworfen. Beschäftigt mit dieser Frage, hatte ich die Möglichkeit, durch Inoculationsversuche die Facta zu constatiren und die oben erwähnte Serie von klinischen Fällen zu beobachten. Die Thatsachen sind richtig — doch sind sie weder vollständig, noch richtig erklärt. Beginnen wir mit den Inoculationsversuchen.

Das geimpfte reine Secret der syphilitischen primären Verhärtung oder der Schleimpapeln bringt nur bei Syphilitikern solche Erscheinungen hervor, welche bald den weichen, bald den harten Schankern ähnlich sind. Dasselbe Secret, einem gesunden Menschen inoculirt, bringt immer und ohne Ausnahme auf der Inoculationsstelle eine syphilitische primäre Verhärtung hervor, nach welcher immer, ohne Ausnahme, consecutive syphilitische Erscheinungen sich entwickeln. Augenscheinlich gründet sich die Verschiedenheit der Resultate der Inoculationsversuche auf die Verschiedenheit des Bodens. Deswegen ist es, bevor man irgend welche Schlüsse über die Identität oder Verschiedenheit des Contagiums auf Grund der Inoculation an Syphilitikern zieht, nothwendig, die Frage zu untersuchen: Wie verhält sich überhaupt

die Haut der Gesunden und der Syphilitiker zu verschiedenen Reizen? Die Versuche, welche ich in dieser Richtung unternahm, berechtigen mich zu folgenden Schlüssen:

1. Es reagirt die Haut der Kranken in den verschiedenen Stadien der Syphilis verschieden. Im Allgemeinen werden im condylomatösen oder secundären Stadium gewisse Erscheinungen durch Reiz auf die Haut leichter hervorgerufen, als im gummösen oder tertiären Stadium der Syphilis. Der schwächste Reiz bewirkt den grössten Effect in der Periode des ersten Ausschlags; die Wirkung ist um so intensiver, je näher dem Anfange des Ausschlages der Reiz stattgefunden hat. Ein Senfteig, welcher zwei oder drei Tage vor dem Ausschlage applicirt wurde, verursacht zuweilen dieselben Erscheinungen auf der Haut, wie Lancettstiche am 5.—6. Tage nach dem Ausschlage oder die Inoculation einer schwachen Tartarus emeticus-Lösung am Ende des Ausschlages. Ferner werden die Erscheinungen auf der Haut während der Entwicklung der nachfolgenden Ausschläge im erwähnten Stadium der Krankheit viel leichter hervorgerufen, als während der Zwischenräume, oder der sogenannten Interrecidiv-Perioden. Am schwersten und am seltensten werden die Reizerscheinungen in späteren Perioden hervorgerufen, wenn Muskeln, Knochen und Knorpel oder innere Organe leiden, hauptsächlich in Fällen, welche nicht zu gleicher Zeit mit Affectionen der Haut und Schleimhäute complicirt sind.

2. Der verschiedene Verlauf der Syphilis übt auf die Resultate der Hautreizung einen bedeutenden Einfluss aus; je rascher die Krankheit verläuft, je mehr sie sich auf der Haut manifestirt, desto leichter werden durch Reiz gewisse Erscheinungen auf derselben hervorgerufen.

Die Form der Syphilide, an welchen der Kranke leidet, beeinflusst ebenso, wie es scheint, die Erscheinungen, welche durch Reiz zu Tage gebracht werden. Die Inoculation des Eiters eines einfachen Ekthyma auf einen Kranken, bei welchem der erste Ausschlag als papulo-pustulöses Syphilid sich äussert, wird sicherlich auf der Stelle des Stiches die Entwickelung eines Geschwüres verursachen, welches einem weichen Schanker vollkommen ähnlich sein wird. Dieselbe Inoculation an einem Kranken mit maculösem Syphilid oder recidivirendem papulösem Syphilid kann

resultatlos bleiben, oder, was seltener vorkommt, an der Stelle der Impfung eine trockene Papel hervorbringen.

Es bringt die Inoculation bei gleicher Intensität des Reizes die Entwicklung von eiternden Processen viel leichter zu Stande, wenn sie an Kranken mit eiternden und geschwürförmigen Syphiliden vorgenommen wurde, als bei solchen, welche an trockenen, papulösen, squamösen oder tuberculösen Formen leiden.

3. Ganz abgesehen vom Einfluss der Syphilis wird die Verschiedenheit des Impfresultates durch die verschiedene individuelle Reizbarkeit der Haut bedingt. Junge, blonde, anämische Frauen mit sparsamem Fettgewebe und zarter Haut nehmen hinsichtlich der Reizbarkeit der Haut und Schleimhäute die erste Stelle ein; dasselbe lässt sich von Scropheln, Mercurialismus, Scorbut und Alkoholismus sagen, welche eine bedeutende Reizbarkeit der Haut verursachen.

Aus dem Gesagten ist es klar, dass es ausser den uns völlig unbekannten noch sehr viele Bedingungen gibt, welche auf die Resultate des Hautreizes bei Syphilitikern und folglich auch auf die Erscheinungen an der Inoculationsstelle mit dem Secret von hartem Schanker einen Einfluss ausüben. Damit ist auch die Thatsache erklärt, dass verschiedene Experimentatoren an derselben Frage zu verschiedenen, ja selbst widersprechenden Resultaten gelangten; dass zuweilen in den Händen ein und desselben Beobachters die Inoculation nicht den erwarteten Erfolg hatte. Die Inoculationen von Bidenkap, bei Follin wiederholt, blieben ohne Erfolg. Als sie aber von neuem in Christiania angestellt und in Petersburg von mir vorgenommen wurden, gaben sie wieder positive Resultate.

4. Bei einem Syphilitiker in einem gewissen Stadium der Krankheit wird die Inoculation des Secrets vom harten Schanker oder der Schleimpapeln und anderer consecutiver Formen auf der Impfungsstelle eben solche Veränderungen der Haut hervorbringen, wie die Inoculation bei demselben Kranken von Eiter oder irgend einem Detritus, welcher kein syphilitisches Contagium enthält, oder von chemisch reizenden Flüssigkeiten, wie z. B. Schwefelsäure, Ammoniak, Tartarus emeticus u. dgl. Die Verschiedenheit der Erscheinungen, welche man auf der Stelle der Inoculation beobachtet, hängt von der Intensität des Reizes der Impfflüssig-

keit ab, nicht aber von der An- oder Abwesenheit eines syphilitischen Contagiums in derselben. Es wirken in dieser Hinsicht verfaulter Eiter oder Detritus, von nicht syphilitischen Kranken stammend, oder Schwefelsäure in gewisser Concentration viel stärker, als das Secret des harten Schankers oder der consecutiven Formen der Syphilis.

5. Aus einer Reihe paralleler Versuche über die Wirkung verschiedener Agentien auf die Haut von gesunden Leuten und Syphilitikern habe ich mich überzeugt, dass in einem gewissen Stadium der Krankheit die reizende Substanz auf die allgemeine Bedeckung in der Art einwirkt, dass sie auf der Reizungsstelle die Ablagerung von syphilitischem Infiltrat hervorruft.

Die Verschiedenheit in der äusseren Form der Veränderungen, welche an der Reizungsstelle beobachtet werden, erklärt sich durch die Verschiedenheit der primären Erscheinungen in Folge der unmittelbaren Reizung der Haut und durch weitere Veränderungen im Verlauf des syphilitischen Infiltrates. Am prägnantesten ist der Unterschied in den Erscheinungen, welche durch die Reizung der Haut beim Gesunden und Syphilitischen hervorgerufen werden, wenn man stark reizende Mittel anwendet. Die Aetzung mit Schwefelsäure und Kohlenpulver einer Hautcircumferenz von 5 Mill. wird ebenso gut bei einem Gesunden, als einem Syphilitischen die Bildung eines schwarzen Schorfes, von entzündlicher diffuser Röthe umringt, hervorrufen.

Im Laufe der ersten 8—9 Tage verhalten sich die Erscheinungen auf der Aetzungsstelle bei beiden Individuen gleich; die entzündliche Röthe vermindert sich von Tag zu Tag und endlich verschwindet sie total; der Schorf wird immer trockener; am 16., 20., zuweilen 25. Tage bei einem Gesunden wird der Schorf abfallen und lässt hinter sich eine frische rothe Narbe. Anders verhält es sich bei dem Syphilitischen. Sobald die entzündliche, den Schorf umgebende Röthe vergangen, bildet sich am 9., zuweilen 20. Tage nach der Aetzung in der Hautpartie, welche den Schorf umgibt, ein syphilitisches Infiltrat in Form eines kupferrothen Walles, welcher sich scharf von der gesunden Haut abgrenzt. Der Schorf ist von dem Walle von allen Seiten wie von einem Ringe umfasst; das Infiltrat wächst mit jedem Tage und kann eine Breite von 2—3 Millim. erreichen. Dann beginnt der Zerfall in dem

Theile des Infiltrats, welcher sich unter dem Schorf und in der Nähe seiner Peripherie gebildet hat; der Schorf trennt sich von den unterliegenden Theilen und wird von allen Seiten von Zerfall und Eiter umgeben, welche in eine schwarzbraune Kruste vertrocknen.

In diesem Zustande, am 25.—30.—35. Tage hat die Aetzungsstelle die vollkommenste Identität mit der syphilitischen Ekthyma-Pustel: — eine dicke, geschichtete schwarzbräunliche Kruste, deren Centraltheil aus dem Aetzschorf besteht, ist von allen Seiten von einem breiten kupferrothen Walle umgeben, welcher sich hart anfühlt und von der gesunden Haut sich scharf unterscheidet. Wenn man die Kruste entfernt, oder wenn sie selbstständig abfällt, nachdem sie durch das rasch zerfallende Infiltrat zu einer gewissen Grösse gelangt ist, so entblösst man ein Geschwür, welches die Dicke der Haut durchdringt, einen mit grauem Zerfall bedeckten Boden besitzt, scharf geschnittene Ränder zeigt, und von einem kupferrothen Saum umgeben ist, der aus frischem, noch nicht zum Zerfall gelangtem Infiltrate besteht. Dieses Geschwür ist vollständig mit dem Geschwür des tiefen Ekthyma identisch und bietet ebenso wie das letztere einige Aehnlichkeit mit dem weichen Schanker.

Bei näherer Betrachtung liegt der Unterschied zwischen beiden in dem Verhältniss der Ränder zum Boden des Geschwürs und in dem sie umgebenden Ringe. Die unterminirten, vom Boden des Geschwürs sich abhebenden und mit Zerfall bedeckten Ränder des weichen Schankers sind in der Periode der Entwicklung von einem entzündlichen, rothen, unter Druck verschwindenden Walle umgeben, welcher allmälig in die gesunde Haut übergeht. Die scharf geschnittenen, aber nicht unterminirten Ränder des syphilitischen Geschwürs sind nur stellenweise mit Zerfall bedeckt, welcher am reichlichsten im Centrum des Geschwürs angehäuft ist; der Wall ist kupferroth, verschwindet nicht beim Drucke, ist von der gesunden Haut scharf abgeschieden und von einem breiten Saum umgeben, welcher für Geschwüre, auf syphilitischem Boden durch künstliche Reizung der Haut entstanden, charakteristisch ist.

Im weiteren Verlaufe reinigt sich dieses Geschwür allmälich und wird von einer dunkelrothen Narbe überzogen, welche auf

einer deutlich ausgeprägten Verhärtung sitzt. In anderen Fällen wird das Geschwür von neuen Krusten bedeckt, unter welchen die Vernarbung stattfindet. Die Verhärtung in der Narbe löst sich sehr langsam auf; zuweilen noch am 70., 80, 90, Tage nach der Aetzung lässt sich auf der dunkel kupferroth gefärbten Narbe eine circumscripte Verhärtung deutlich fühlen.

Wenn man einem Kranken, der ein solches Geschwür, durch Aetzung mit Schwefelsäure hervorgebracht, darbietet, das Secret dieses Geschwüres aus der Periode der Entwicklung mittelst einer Lancette unter die Haut einimpft, so bildet sich an der Einstichsstelle eine Entzündung aus; in 3 bis 4 Tagen entwickelt sich ein kleiner Abscess in Form einer Pustel, welcher von einem entzündlichen Walle umgeben ist. Ist die Pustel vor äusseren Einflüssen (Reibung) geschützt, so trocknet der Eiter allmälig zu einer Kruste ein. Am 9. Tage oder später lagert sich ringsum die Pustel das syphilitische Infiltrat ab und ersetzt so den entzündlichen Wall. Der weitere Verlauf ist vollkommen identisch mit dem eben beschriebenen Verlauf des Aetzungs-Geschwüres. Es bildet sich ein Geschwür aus, welches einem weichen Schanker ähnlich ist, sich aber von ihm durch einen Ring syphilitischen Infiltrates unterscheidet; die später entstehende kupferrothe Narbe wird auf einer Verhärtung sitzen, welche nur sehr langsam sich auflösen wird. Wir werden vollständig dieselben Veränderungen an der Einstichsstelle erhalten, wenn wir demselben Kranken dünnen, mit Zerfall vermengten Eiter, aus einem varicösen Geschwüre stammend, oder den Inhalt von Ekthyma-luridum-Pusteln, oder eine Lösung von Tartarus emeticus u. dgl. einimpfen.

Mit einem Worte, die Inoculation irgend eines reizenden Mittels von gewisser Intensität, an einem Syphilitiker vorgenommen, ruft im Anfange die Entwicklung einer localen, circumscripten Hautentzündung in Form einer Pustel hervor, um welche später eine Ablagerung syphilitischen Infiltrats stattfindet; letzteres beginnt zu zerfallen und bringt das charakteristische, oben beschriebene Geschwür zu Stande.

Solche künstliche, durch Inoculation hervorgerufene syphilitische Hautgeschwüre wurden von Bidenkap, Reder, Köbner und Anderen für weiche Schanker gehalten. Nun lassen sich

aber diese syphilitischen Geschwüre ebenso wie alle anderen consecutiven syphilitischen Hautgeschwüre von den weichen Schankern scharf unterscheiden durch ihre charakteristische äussere Gestalt, den syphilitischen Verlauf, die Abwesenheit der Schankerbubonen und endlich dadurch, dass deren Absonderung, auf Gesunde übertragen, Syphilis und nicht weiche Schanker hervorruft.

Im Falle die reizende Substanz nicht die genügende Intensität besitzt, oder ein nicht dazu geeigneter Kranker für die Inoculation gewählt war, bildet sich weder eine Entzündung noch eine Pustel an der Einstichsstelle aus und die Impfung gibt ein negatives Resultat; oder es lagert sich in der Umgebung der Pustel kein syphilitisches Infiltrat ab und man erhält eine Art abortiver Pustel.

In verhältnissmässig seltenen Fällen ruft eine schwache Reizung an der Einstichsstelle eine rasch verlaufende Entzündung hervor. Am 4. bis 5. Tage, nachdem die aus vertrocknetem Eiter und Blut gebildete Kruste abgefallen, bleibt an der Einstichsstelle eine kaum bemerkbare lineare Narbe zurück. Es verstreicht noch eine Woche, zuweilen 10 bis 12 Tage und es beginnt die Ablagerung des syphilitischen Infiltrates in Form einer Papel. Im Verlaufe der Wachsthums-Periode bleibt die hart anzufühlende Papel intensiv kupferroth; auf der Spitze derselben glänzt die Epidermis ganz eigenthümlich in Folge der Spannung durch das zunehmende syphilitische Infiltrat. Sodann wird der centrale Theil der Papel resorbirt, die Spitze bedeckt sich mit einem Schüppchen, welches von einem kupferrothen Saume des später abgelagerten Infiltrates umringt ist; noch weiter fällt das centrale Schüppchen ab, wird durch ein neues, dünneres ersetzt und es beginnt die peripherische Abhäutung der immer flacher werdenden Papel. Endlich bleibt an Stelle der resorbirten Papel ein pigmentirter Fleck zurück, welcher mit der Zeit auch resorbirt wird und spurlos verschwindet. Wenn man die an der Einstichsstelle entwickelte Papel täglich mit Heftpflaster verbindet, so hebt sich der epidermoidale Ueberzug mit dem Pflaster ab, das Infiltrat wird entblösst, zerfällt auf der Oberfläche und das Geschwür wird der nässenden, schwärenden Papel vollkommen ähnlich.

Alle eben beschriebenen Erscheinungen erhielten wir bei tiefen Einstichen, welche mittelst einer reinen Lancette auf der Haut eines Syphilitikers am Anfange des Ausschlages gemacht wurden. In anderen Fällen wurde dieselbe Erscheinung an Syphilitikern bei Inoculation des Secretes von Acne vulgaris, Scabies, Schleimpapeln oder sehr verdünnten Ammoniaklösungen beobachtet. Endlich kann man in gewissen Fällen dieselben Veränderungen wahrnehmen, wenn man die Haut von Syphilitikern durch starke Senfteige reizt. So wird man z. B., nachdem man einem Kranken einige Tage vor dem Ausbruch der ersten Eruption ein kleines Senfpflaster applicirt hat, nach 9 bis 10 Tagen gleichzeitig mit den Flecken der syphilitischen Roseola die Erscheinung einiger Papeln auf der gereizten Stelle wahrnehmen können.

Auf diese Weise sind die Erscheinungen, welche von Boeck und Bidenkap auf der Inoculationsstelle erzeugt und von diesen Gelehrten für primäre syphilitische Verhärtungen gehalten wurden, nichts anderes als gewöhnliche consecutive Papeln, durch die Wirkung einer schwachen Reizung der Haut in einem gewissen Stadium der Krankheit bei Syphilitischen hervorgebracht.

Solche Papeln scheiden sich scharf ab von den echten syphilitischen primären Verhärtungen:

1. dadurch, dass sie in Folge irgend eines beliebigen Reizes auf der Haut bei Syphilitikern sich entwickeln, während die syphilitische Verhärtung ausschliesslich auf der Stelle hervortritt, wo das syphilitische Contagium eingedrungen;

2. dadurch, dass bei der primären syphilitischen Verhärtung nach gewissem Verlauf immer eine Affection der benachbarten Lymphdrüsen und Gefässe zu Stande gebracht wird, während dieses bei den künstlich hervorgerufenen Papeln bei Syphilitikern nie beobachtet wird.

Es beweisen also die angeführten Thatsachen, dass die Erklärung der bei den Syphilitikern beobachteten und durch Inoculation des syphilitischen Secrets hervorgerufenen Erscheinungen, welche Boeck, Bidenkap, Reder und andere gegeben, eine strenge Kritik nicht aushält. Diese Thatsachen, weit davon die Einheit des Contagiums des weichen Schankers und der Syphilis zu unterstützen, sprechen vielmehr für das Gegentheil, d. h.

für die vollkommene Selbstständigkeit dieser beiden Krankheiten.

6. Die Köbner'sche Theorie über die Einheit des Contagiums, welche auf einer falschen Erklärung der soeben betrachteten Resultate der Inoculation Syphilitischer mit dem Secrete nässender Papeln beruht, fällt von selbst. Ihre Unzulänglichkeit kann aber auch durch das directe Experiment bewiesen werden. Sollte in der That die Entwicklung des weichen Schankers von der Einführung eines Secrets unter die Haut, welches das Contagium im concentrirten Zustande enthält, abhängen und die des harten Schankers von der Wirkung desselben, aber mehr gelösten oder verdünnten Contagiums, — so müsste man durch künstliche Verdünnung oder Lösung des Secrets eines weichen Schankers eine Flüssigkeit erhalten können, welche in Folge ihres Procentgehaltes an Contagium fähig wäre, einem gesunden Menschen inoculirt, an der Impfungsstelle einen harten Schanker hervorzurufen. Zu diesem Zwecke habe ich viele Versuche angestellt, welche die Nichtgültigkeit der Köbner'schen Theorie bewiesen haben. Die Absonderung des weichen Schankers wurde allmälig verdünnt mit indifferenten Flüssigkeiten, mit destillirtem Wasser, Speichel und dgl., welche die contagiösen Eigenschaften des Eiters nicht ändern konnten, und wurde gesunden Menschen eingeimpft.

Der bis zu einem gewissen Grade verdünnte Schankereiter verursachte an der Einstichsstelle die Entwicklung von weichen Schankern. Die Inoculation eines noch mehr verdünnten Eiters ergab abortive Pusteln. Endlich rief eine noch mehr verdünnte Lösung gar keine Erscheinung hervor und ergab ein negatives Resultat.

Es trat aber bei keinem Concentrationsgrade der Flüssigkeit eines weichen Schankers an der Einstichsstelle bei einem gesunden Menschen die Entwicklung einer primären syphilitischen Verhärtung auf. Diese Versuche widersprechen der Theorie Köbner's und bestätigen abermals, dass das Secret eines weichen Schankers, bis zu einem gewissen Grade verdünnt, an der Einstichsstelle immer die Entwicklung eines weichen Schankers hervorruft. Sobald die Verdünnung eine gewisse Grenze überschreitet, verliert

der Eiter seine contagiösen Eigenschaften und gibt die Inoculation ein rein negatives Resultat.

7. Was die oben angeführten klinischen Fälle anbetrifft, welche anscheinlich die Einheit der Contagien des harten und weichen Schankers beweisen, so finden sie ihre Erklärung in dem Gesetze, welches wir auf Grund der Beobachtungen über die Wirkung verschiedener Reize auf die Haut bei Syphilitikern festgestellt haben. Der weiche Schanker, wenn er sich auf der Haut der Syphilitiker entwickelt, kann eben so wie alle übrigen Reize die Ablagerung eines syphilitischen Infiltrates hervorrufen. Diese Art von weichem Schanker der Syphilitiker, den wir unter dem Namen „Pseudo-indurirter Schanker der Syphilitiker" beschrieben haben, kann die Bildung einer sehr grossen Induration auf dem Grunde und der Peripherie verursachen, und in einer gewissen Periode seines Verlaufes wird er durch seine Härte und sein Aussehen ungemein schwer von der syphilitischen primären Induration zu unterscheiden sein. Der Lauf desselben, wie die von uns gesammelten mehrfachen Beobachtungen zeigen, ist grösstentheils folgender:

Im Anfange wird er durch nichts von dem gewöhnlichen weichen Schanker unterschieden; aber am 9., 12., 20. Tage der Entwicklung, zuweilen auch später, entwickelt sich in dem Umkreise des Geschwüres und nachher auch im Boden eine Induration, die von der Ablagerung des syphilitischen Infiltrates bedingt ist. Ist die Induration vorhanden, so nimmt sie stetig aber allmälich zu. Der Schanker kann sich reinigen, ja sogar vernarben, doch die Induration wird immer zunehmen. Im Laufe folgender 14 bis 20 Tage, wenn das Maximum der Entwicklung erreicht ist, löst sich die Induration allmälig in Folge der Resorption des syphilitischen Infiltrates, und es vergehen noch 10, 15, bisweilen auch 20 Tage, bis sie vollständig verschwindet. Es ist nun in dieser Periode der Krankheit, wenn das vollständig gereinigte Geschwür des weichen Schankers von allen Seiten durch ein scharf begrenztes, hartes syphilitisches Infiltrat umringt ist, unmöglich, den weichen Schanker der Syphilitiker nach dem äusseren Bilde von der primären syphilitischen Verhärtung zu unterscheiden.

Ebensowenig kann man an der Narbe des weichen Schankers, welche auf einer scharf ausgesprochenen Verhärtung sitzt,

erkennen, ob man es mit einer echten syphilitischen primären Induration oder einem weichen Schanker der Syphilitiker zu thun hat. Die Diagnose wird durch den Umstand erschwert, dass in vielen Fällen die Kranken mit pseudo-indurirten Schankern zu dieser Zeit fast keine sichtbaren Consecutiv-Erscheinungen der Syphilis darbieten.

Wir haben mehrmals die Entwicklung des pseudo-indurirten Schankers beobachtet, entweder durch Ansteckung per coitum, oder hervorgerufen durch die Einimpfung des Schanker-Eiters 2, 4, 6 bis 10 Jahre nach der Ansteckung.

Einen merkwürdigen Fall dieser Art haben wir im Jahre 1871 in der syphilitischen Klinik der k. med.-chir. Akademie zu St. Petersburg beobachtet:

Herr M. X., 29 Jahre alt, bekam am 3. Tage post coitum einen weichen Schanker, in dessen Umfange sich eine wallnussgrosse knorpelige Induration bildete. Die benachbarten Lymphgefässe und Drüsen blieben normal; der Schanker wurde örtlich behandelt, geheilt und es traten keine consecutiven Erscheinungen der Syphilis auf, obwohl der Kranke mehr als ein Jahr beobachtet wurde. Bei sorgfältiger Untersuchung und genauem Ausfragen des Kranken wurde erwiesen, dass er 20 Jahre vorher an erblicher Syphilis litt, welche bis auf den heutigen Tag Spuren in Form von Exostosen auf beiden Schienbeinen und charakteristisch angeordnete Narben der tuberculösen Syphilis auf dem Rumpfe hinterlassen hat. Auf diese Weise werden alle Fälle, wo nach der Beschreibung der Beobachter nach hartem Schanker keine nachfolgenden Erscheinungen der Syphilis sich entwickelten, durch den pseudo-indurirten Schanker erklärt, bei Syphilitikern, welche sonst keine sichtbaren Erscheinungen der Krankheit zeigen.

In noch selteneren Fällen wird der weiche Schanker der Syphilitiker durch den Schankerbubo complicirt. Bei solchen Kranken kann man folglich Schanker beobachten mit einer deutlich ausgedrückten Induration und einem exulcerirenden Bubo, welche keine consecutiven Erscheinungen der Syphilis nach sich ziehen. Durch das Vorkommen des pseudo-indurirten Schankers werden leicht auch die Fälle erklärt, wo von dem Beischlaf mit einer und derselben Frau, die weichen Schanker hat, bald weiche, bald harte Schanker davongetragen wurden. Beiden Individuen

überträgt die erwähnte Frau in der That nur weichen Schanker. Das Schankersecret verursacht aber in dem einen Falle in dem vollkommen gesunden Organismus die Entwicklung eines normal verlaufenden weichen Schankers und in dem andern bei einem Syphilitiker setzt es ein Geschwür ab mit bedeutender Induration des Grundes und der Ränder.

Ferner wird es verständlich, unter welchen Umständen eine Prostituirte an verschiedene Männer bald weichen, bald harten Schanker, nach welchen Erscheinungen der constitutionellen Syphilis auftreten, übertragen kann.

Eine solche Kranke leidet an einem pseudo-indurirten Schanker; solange in der Peripherie des weichen Schankers kein syphilitisches Infiltrat sich abgelagert, also im Verlaufe von 9, 12 bis 20 Tagen wird die Kranke nur weichen Schanker übertragen. So wie aber das Infiltrat anfängt zu zerfallen und die Produkte des Zerfalls dem Secret beigemengt werden, so wird die Kranke alle gesunden Männer, die mit ihr einen Coitus ausüben, mit „gemischten Schankern“ (Rollet) anstecken, denen immer Erscheinungen der constitutionellen Syphilis folgen werden.

8. Der beschriebene weiche Schanker des Syphilitikers oder pseudo-indurirte Schanker, der in einer gewissen Periode seiner Entwicklung Aehnlichkeit mit der syphilitischen primären Induration hat, bietet doch bei aufmerksamer Beobachtung viele Kennzeichen dar, durch die man ihn sowie von verschiedenen Arten weicher Schanker, so auch von der echten syphilitischen primären Induration unterscheiden kann. Nur durch genaues Studium dieser, in praktischer Beziehung sehr wichtigen Kennzeichen kann man die Fehler bei der Erklärung verschiedener klinischer Fälle, von denen einige von uns angeführt wurden, vermeiden.

Vom entzündlichen weichen Schanker, bei welchem das Geschwür auch von einer Induration umringt ist, wird der pseudo-indurirte Schanker durch die Entwicklung und den Verlauf der Induration unterschieden.

Die entzündliche Verhärtung wird immer durch einen Reiz der Schankeroberfläche hervorgerufen und es entspricht deshalb immer der rasch verlaufende Zerfall im Schanker dem Auftreten der entzündlichen Verhärtung im Umkreise des Geschwüres. Später, wenn die Reizerscheinungen in dem Geschwüre allmälich

verschwinden, nimmt auch die dasselbe umgebende Geschwulst ab. Das Geschwür wird reiner, vernarbt und verschwindet durch Resorption vollkommen.

Ganz anders verhält sich die Sache bei den weichen Schankern der Syphilitiker.

Das zu einer bestimmten Zeit abgelagerte syphilitische Infiltrat nimmt immer mehr zu, ganz unabhängig von dem weiteren Verlauf des Geschwürs. Der Schanker wird rein, vernarbt, aber die Infiltration wächst bis zu einer bestimmten Zeit und wird dann auch resorbirt.

Am besten wird der Unterschied im Verlaufe der beiden Verhärtungen während der Bildung der Narbe beobachtet. Die entzündliche Verhärtung nimmt nach der Heilung des Geschwürs niemals zu; während die Verhärtung des pseudo-indurirten Schankers im Gegentheil nach der Bildung der Narbe noch mehr zunimmt. Ausserdem ist der entzündliche Schanker gewöhnlich schmerzhaft, der pseudo-indurirte sehr wenig empfindlich; die entzündliche Verhärtung ist weicher, nachgiebiger, nicht so scharf abgegrenzt, wie die knorpelig harte syphilitische Induration, welche das Geschwür des weichen Schankers umringt.

Die Inoculationsperiode, welche bei der primären syphilitischen Induration immer beobachtet wird und nie bei dem pseudo-indurirten Schanker vorkommt, bildet die Basis für die differentielle Diagnostik. Ferner entwickelt sich bei dem syphilitisch-primären Schanker immer ein charakteristisches Leiden der nächsten Lymphgefässe, welches nie bei dem pseudo-indurirten beobachtet wird. Wenn auch in Ausnahmsfällen eine Adenitis auftritt, so ist es ein einzelner, entzündlicher, schmerzhafter Bubo, ein Schankerbubo, welcher sich von den rosenkranzähnlich gelagerten, schmerzlosen, syphilitischen Bubonen scharf unterscheidet. Ausserdem entwickeln sich nach einem gewissen Zeitraum nach der primären Induration immer consecutive Erscheinungen der Syphilis, was nach den weichen Schankern der Syphilitiker sich nicht beobachten lässt.

Endlich ist auch die Quelle der Ansteckung in beiden Fällen eine völlig verschiedene und kann durch Confrontation controlirt werden. Einen pseudo-indurirten Schanker kann man nur von

einem weichen venerischen Geschwüre davontragen; die syphilitische primäre Verhärtung wird ausschliesslich durch Syphilis übertragen.

Der gemischte Schanker Rollet's ist am meisten dem pseudo-indurirten Schanker ähnlich, namentlich im Anfange der Entwicklung, nichts destoweniger besteht doch zwischen den beiden Geschwüren ein bedeutender Unterschied.

Bei dem Chancre mixte treten regelmässig nach Verlauf von ungefähr zwei Wochen in der einen oder in beiden Leistengegenden charakteristische syphilitische Bubonen auf, was nie bei dem pseudo-indurirten Schanker beobachtet wird.

Ausserdem wird der gemischte Schanker immer von den consecutiven syphilitischen Erscheinungen gefolgt, welche sich in einer gewissen Ordnung entwickeln, was ebenfalls bei dem pseudo-indurirten Schanker niemals stattfindet. Endlich wird durch die Anamnesis und eine sorgfältige Untersuchung der Kranken die Aufstellung einer richtigen Diagnose ermöglicht. Wenn z. B. der Kranke schon früher an Syphilis gelitten hat und man bei ihm einen neuen Schanker findet, welcher sich ohne eine Incubationsperiode entwickelt hat, doch eine scharf begrenzte knorpelartige Verhärtung besitzt und trotzdem von schmerzlosen Bubonen nicht begleitet ist, so hat man ohne Zweifel mit einem pseudo-indurirten Schanker zu thun. Ich sage „ohne Zweifel," weil die Fälle einer wirklichen nochmaligen syphilitischen Infection zu den grössten Seltenheiten gehören. Dem Gesagten muss ich hinzufügen, dass mehrere Beobachtungen einer zweimaligen syphilitischen Infection, welche von verschiedenen Autoren angegeben sind (Sperino, Diday), nur gedeutet werden können als charakteristische Beispiele pseudo-indurirter Schanker.

Aus dem Bisherigen folgt, dass die in letzter Zeit zu Gunsten der Lehre von der Einheit des weichen Schankers und syphilitischen Contagiums vorgebrachten Thatsachen nicht nur diese Lehre nicht bestätigen, sondern ihr vollkommen widersprechen und als Belege gegen dieselbe dienen. Die Thatsachen, auf die Ricord hingewiesen, die Resultate der Confrontation der Kranken, welche Bassereau angestellt, die experimentellen Versuche von Rollet und die von mir hier erwähnten Experimente und Beobachtungen lassen keinen Zweifel mehr übrig an der Existenz dreier ganz eigenthümlicher und selbstständiger Krankheiten: die Urethritis,

der Schanker und die Syphilis, welche lange Zeit unter dem allgemeinen Namen „Venerische Krankheit“ miteinander vermischt wurden. Die Verschiedenheit der erwähnten krankhaften Processe in den reinen nicht complicirten Formen ist sogar für den oberflächlichsten Beobachter augenscheinlich. Die Ursache der Confusion und der künstlichen Vereinigung dieser verschiedenen Processe in eine allgemeine Krankheit lag wohl in der Thatsache, dass man fast immer mit Fällen zu thun hat, in welchen sich die erwähnten Krankheiten miteinander compliciren. Die Complication der Urethritis mit dem Schanker oder mit der Syphilis ist der einzige Grund, warum die Urethritis zur Syphilis gerechnet wurde. Die Beispiele der gleichzeitigen Infection mit Schanker und Syphilis dienten hauptsächlich als Stützen für die Widerlegung der Theorie von Bassereau. Ebenso gab die Infection der Syphilitiker mit weichen Schankern Anlass zur Bezweiflung der Richtigkeit der Schlüsse von Rollet. Durch die Untersuchung und das Studium der versteckten Schanker, der syphilitischen Urethritis, des Chancre mixte und der weichen Schanker der Syphilitiker werden, glaube ich, alle vorkommenden gegenseitigen Complicationen von Urethritis, Schanker und Syphilis erschöpft sein.

Indem diese Untersuchungen die Frage der Beziehung des weichen Schankers zur Syphilis lösen, deuten sie ebenso auf gewisse Erscheinungen, welche durch verschiedene Reizungen — je nach deren Intensität — auf der Haut der Syphilitiker immer hervorgerufen werden.

Von der Thatsache ausgehend, dass syphilitische Erscheinungen viel eher auf solchen Stellen sich entwickeln, die irgend einen Reiz erlitten, dass öfters bei Syphilitikern, welche keine Erscheinungen darboten, in Folge eines Trauma oder anderer Beschädigungen syphilitische Infiltrate im Umkreise der beschädigten Stelle auftreten, habe ich eine Reihe von Versuchen vorgenommen, welche den Zweck hatten, syphilitische Erscheinungen durch Reizung der Integumente so zu sagen künstlich hervorzurufen.

Am geeignetsten hierzu erwiesen sich Aetzungen kleinerer Bezirke der Haut (5 Mm. bis 1 Ctm. im Durchmesser) mit Ricord-scher Pasta — Schwefelsäure und Kohlenpulver.

3*

Es bildete sich im Umkreise der geätzten Stelle eine entzündliche Röthung, welche gegen den 9.—15.—20. Tag verschwand; darauf begann die Ablagerung eines scharf begrenzten, kupferrothen syphilitischen Infiltrates, welches anfangs nur einen Theil der Peripherie, später aber den ganzen Aetzungsschorf wallförmig umringte. Dieser beim Drucke nicht vollkommen verschwindende, hart anzufühlende, einige Mm. breite, kupferrothe Ring bot ein so charakteristisches Aussehen, dass man diese krankhafte Erscheinung von einer analogen an einem gesunden Individuum leicht unterscheiden konnte. Im weiteren Verlaufe des Processes ging der Zerfall des syphilitischen Infiltrates langsam vor sich, so verdickte sich der festsitzende Schorf. Der wallförmige Ring wurde dunkler und endlich nach Verlauf eines oder sogar zweier Monate vom Tage der Aetzung fiel der Schorf ab und hinterliess eine dunkle, vertiefte Narbe, deren Unterlage eine Verhärtung darbot, welche ganz allmällch und langsam verschwand. In anderen Fällen wurde am 20.—35. Tage die nach der Aetzung gebildete Kruste von dem sich rasch bildenden Detritus und Eiter wie abgewaschen und es blieb alsdann auf der Stelle der Aetzung ein Geschwür. dessen äussere Form und Verlauf vollkommen identisch war mit dem des syphilitischen tiefen Ekthyma; das Geschwür wurde von Neuem mit Krusten bedeckt, nach deren Ablösung eine Narbe hinterblieb. Zuweilen wurde das Geschwür serpiginös, indem es an einer Seite vernarbte und an einer anderen weiter kroch und eine nierénartige Form annahm. Solche Geschwüre heilten zuweilen nur bei Anwendung von Emplastrum mercuriale. Seltener entwickelten sich rund um dieses ekthymaartige Geschwür kleine Papeln, was der ganzen Erscheinung das Ansehen einer Platte oder der sogenannten „Syphilis irisée“ gab. In noch anderen Fällen kam es neben der künstlich hervorgerufenen ekthymaartigen Pustel zur Bildung neuer syphilitischer Pusteln oder, wie ich einmal zu beobachten Gelegenheit hatte, zur Bildung zerstreuter Gummata der Haut (tuberculöses Syphilid).

Es ist also durch eine vollkommen schmerzlose Aetzung der Haut möglich, nicht nur bei einem Syphilitiker, welcher an irgend welchen Erscheinungen leidet, sondern auch bei einem Individuum, das die Syphilis im latenten Zustande hat, charakteristische Merkmale der Krankheit hervorzurufen.

Indem ich diese Aetzung „Cauterisatio provocatoria" nannte, hoffte ich darin einerseits ein sicheres diagnostisches Kennzeichen für die schweren Fälle der visceralen Syphilis, anderseits ein gültiges Kriterium zur sicheren Entscheidung der Frage über die Heilung der Syphilis gefunden zu haben.

In der That, wenn ich aus meinen Beobachtungen die gültigsten und am besten gelungenen auswähle, so bin ich im Stande, sehr überzeugende Beispiele der Anwendung der Cauterisatio provocatoria vorzustellen. Eine der ersten Beobachtungen, als ich die Aetzung mit diagnostischem Zwecke gebrauchte, betraf einen jungen Mann von 26 Jahren, der fünf Wochen vorher ein Geschwür auf der Glans penis hatte, welches am zweiten Tage post coitum erschien und mit Aqua phagedaenica äusserlich und gleichzeitig mit starken Dosen Sublimat innerlich zur Heilung gebracht war (in 35 Tagen verzehrte Patient 20 Gran Sublimat). Nach zwei Wochen war das Geschwür vollständig geheilt. Als ich ihn zuerst untersuchte, fand ich eine kleine, weiche, eingedrückte, ovale Narbe auf der Glans und eine weiche schmerzlose Drüse in der linken Leiste von der Grösse einer Nuss. Alle übrigen durchzufühlenden Drüsen waren normal. Die Haut und Schleimhaut zeigten keine syphilitischen Erscheinungen. Da Patient mehrmals an Herpes progenialis gelitten, so versicherte er, dass die Drüsen in der linken Leistengegend lange vor dem Schanker fühlbar waren, dass das Frauenzimmer, mit welchem er den Coitus verübt, nach ärztlicher Untersuchung gesund gefunden, dass sein Geschwür nichts anderes gewesen sei als einfacher Herpes und dass die Heilung desselben sich deshalb verzögerte, weil er die Unvorsichtigkeit hatte, schon am ersten Tage dasselbe mit Lapis infernalis stark zu ätzen. Den 15. Jänner 1873 wurde auf der rechten Schulter die Cauterisatio provocatoria vorgenommen. Es bildete sich am 2. Februar im Umkreise der geätzten Stelle ein sehr charakteristisches Infiltrat in Form eines ringformigen Walles und eine begrenzte Verhärtung der Haut. Es wurde die Diagnose auf Syphilis unzweifelhaft gestellt.

Nach Loslösung des Aetzungsschorfes bildete sich von neuem eine braune Kruste, umringt von einem breiten kupferrothen Saume. In der Dicke der Haut liess sich eine begrenzte Verhärtung unterscheiden und die Ahnlichkeit mit einer Pustel des tiefen syphili-

tischen Ekthyma war überraschend. Patient, welcher trotzdem noch immer die Syphilis leugnete, war ohne irgend eine Cur gelassen. Den 7. Mai bildete sich eine Papel 1 Ctm. weit von der noch gefärbten Narbe, welche auf der geätzten Stelle entstand und auf einer fühlbaren Verdickung sass. Nach zwei Tagen erschien eine zweite Papel. Zwölf Tage später war die ganze Oberfläche der Narbe von lenticulären Papeln übersäet; letztere erschienen ebenfalls auf der Stirn, den Hohlhänden, auf dem Rücken und in der Circumferenz des Afters.

Die andere Beobachtung betrifft einen Soldaten von 45 Jahren, welcher vor 15 Jahren an einem Schanker und einem vereiterten Bubo litt. Er versichert, dass er keine nachfolgenden Erscheinungen hatte, jetzt aber leide er seit 9 Monaten an einem Geschwür auf dem linken Unterschenkel.

Das Geschwür von unregelmässiger, ovaler Form, circa 20 Ctm. lang, mit unebenem Boden, stellenweise mit Granulationen bedeckt, war von einem breiten, bläulichen Saum begrenzt. Zahlreiche varicöse Knoten konnten an beiden Beinen durchgefühlt werden. Eczema marginatum in der Leistengegend und in den Achselgruben. Ausserdem keine Krankheitserscheinungen.

Im Februar 1873 wurde auf der rechten Schulter eine Aetzung gemacht. Einen Monat später entwickelte sich auf dieser Stelle ein charakteristisches syphilitisches Geschwür der Haut. Es wurde innerlich Kali jodatum verordnet. Im Verlaufe von drei Wochen waren die Geschwüre der Beine und der Schulter vernarbt. Im März 1875 wurde ich von Neuem vom Patienten besucht, wegen tuberculösen Syphilids auf der rechten Schulter und der linken Seite des Rückens.

Ein anderes Mal gelang es mir mittelst der in diagnostischer Absicht vorgenommenen Aetzung den Charakter eines Nervenleidens zu erkennen,

Patient, 30 Jahre alt, theilte eine sehr verwirrte Anamnese mit, aus welcher gar nicht einzusehen war, ob er früher an Syphilis litt. Mehrere Male unterzog er sich wegen Schankers an den Geschlechtstheilen mercuriellen und Jodkuren. Einige Monate vorher, nach einer starken Erkältung des Gesichtes, fühlte er eine Betäubung der rechten Wange und der rechten Hälfte der oberen Lippe; es bildete sich allmälig Ptosis des rechten Augenlides aus und

Mydriasis in demselben Auge. Es trat bald Besserung ein, bald verschlimmerten sich diese Erscheinungen; jedoch beklagte sich Patient nie über Kopfschmerzen und es traten überhaupt keine begleitenden Erscheinungen auf.

Im October 1874 wurde ihm eine Cauterisatio provocatoria gemacht. Am 20. Tage war der Schorf von einem breiten, ringförmigen Infiltrat umsäumt. Es wurde Kalium jodatum verschrieben. Nach einigen Wochen verschwanden alle krankhaften Erscheinungen.

Vermittelst ähnlicher Aetzungen gelang es mir, charakteristische Erscheinungen bei zwei Kranken hervorzurufen, welche seit 3—4 Jahren keine sichtbaren syphilitischen Symptome darboten.

Die bisher erwähnten Beobachtungen sprechen wohl zu Gunsten der Cauterisatio provocatoria; meine Erwartungen bestätigten sich aber bei weitem nicht in allen Fällen.

Im Ganzen machte ich über 200 Aetzungen bei Syphilitikern in verschiedenen Perioden der Krankheit und 50 Aetzungen an Kranken, welche an verschiedenen chronischen Leiden der Haut und der inneren Organe litten, und kam zu der Ueberzeugung, dass die Cauterisatio provocatoria nicht in allen Fällen bei Syphilitikern charakteristische Erscheinungen hervorruft, und dass bei cachectischen Kranken, welche nicht syphilitisch sind, die Aetzung Erscheinungen hervorbringt, welche den bei Syphilitikern vorkommenden gleichen. In der gummösen Periode gelingt die Cauterisatio provocatoria überhaupt seltener als in der condylomatösen. In Fällen von Erkrankung der inneren Organe, ebenso wie bei syphilitischen Leiden der Knochen und Knorpel bringt die Aetzung keine charakteristischen Erscheinungen hervor. So gab in zwei Fällen von unzweifelhafter syphilitischer Meningitis, in einem von syphilitischer Affection der Leber, in drei Fällen von syphilitischer Orchitis die Cauterisatio provocatoria keine charakteristischen Erscheinungen auf der Haut. Alle diese Kranken waren zwischen 22—40 Jahre alt, ziemlich gut genährt und hatten am Anfange der Erkrankung nur sehr unbedeutende Syphiliden oder gar keine Erscheinungen auf der Haut.

Ich will noch bemerken, dass bei Leuten mit zarter, reizbarer Haut die Aetzung schon im Anfange der Erkrankung eine so starke Entzündung der umgebenden Theile hervorbrachte, dass

die Bildung des syphilitischen Infiltrates vollkommen verdunkelt wurde.

In einigen anderen Fällen, wo die Aetzung in der Zwischenperiode vorgenommen wurde, gab sie keine charakteristischen Erscheinungen und trotzdem entwickelten sich bei den Kranken 3—4 Monate später exanthematische Syphiliden oder andere Symptome der condylomatösen Periode der Syphilis.

Andererseits verursachte die Aetzung bei einem Kranken, der nie Syphilis hatte und an einem Cancer des Hodens litt, eine chronische Entzündung der Haut im Umkreise des Schorfes mit Bildung eines dunklen, kupferrothen, 1 Ctm. breiten Walles. Am 12. Tage nach dem Abfallen des Schorfes zeigte sich ein rundes unreines Geschwür, welches in der äusseren Erscheinung dem Geschwür des syphilitischen Ekthyma ganz ähnlich war. Dasselbe beobachtete ich bei zwei Frauen, welche an Krebs litten. Bei einem andern Kranken in der letzten Periode der caseosen Pneumonie und bei einer alten Frau von 68 Jahren, welche an Arterio-Sclerosis litt, verwandelte sich die den Schorf umgebende entzündliche Röthe gegen den 10. Tag nach der Aetzung in einen dunkelrothen, 5 Mm. breiten Saum, welcher beim Drücken nicht ganz verschwand. Als der Schorf abfiel, hinterliess er eine gefärbte Narbe, welche auf einer erbsengrossen Verhärtung sass. Dieselben Erscheinungen wurden in zwei Fällen von Pruritus senilis und in einem veralteten Falle von Psoriasis vulgaris beobachtet.

Aus den bis jetzt von mir angestellten Versuchen kann man folgende Schlüsse ziehen:

1. Nur ein positives Resultat der Cauterisatio provocatoria berechtigt zu dem Schlusse, dass ein Kranker an Syphilis leidet; ein negatives Resultat der Aetzung gibt nicht das Recht, ein Individuum frei von Syphilis zu betrachten.

2. Als positives Resultat der Aetzung ist die Bildung einer dunkelrothen, unter dem Fingerdruck nicht verschwindenden Saumes zu betrachten, welcher allmälig die ganze Peripherie des Schorfes einnimmt, und nur nach dem totalen Verschwinden der entzündlichen, durch die Aetzung hervorgerufenen reactiven Erscheinungen hervortritt. Dieser scharf begränzte, hart anzufühlende und 3—5 Mm. breite Wall erhebt sich allmälig und nimmt eine braune Nuance an; nachdem er 20—30

oder mehr Tage existirt hat, fängt er allmälich an zu sinken und verschwindet. Gleichzeitig mit der Bildung dieses Walles bildet sich unter dem Schorf eine scharf begränzte Verhärtung aus, welche die erste Zeit (15—20 Tage) wächst, und dann langsam abnimmt. Die Abwesenheit einer der genannten Erscheinungen macht die Aetzung nicht mehr überzeugend. Nach der Entwicklung dieser Erscheinungen treten das Abfallen des Schorfes und das Ersetzen desselben durch einen neuen, die Bildung einen runden oder serpiginösen Geschwüres, oder endlich das Entstehen in der Umgebung der Aetzungstelle von Papeln, Ekthymapusteln oder Tuberkeln als neue, weitere Beweise für das positive Resultat der Cauterisatio provocatoria auf.

3. Die entzündlichen reactiven Erscheinungen im Umkreise der geätzten Stelle, wenn sie nicht am 10.—15. Tage verschwinden, machen es unmöglich, die allmäliche Ablagerung des Infiltrates zu beobachten und berauben die Aetzung ihres diagnostischen Werthes. Letzteres findet am öftesten bei nicht syphilitischen, geschwächten, cachectischen Kranken statt.

Das Abfallen des Schorfes, wenn es durch eine reichliche Eiterung der umgebenden Theile im Laufe der ersten 5—10 Tage hervorgerufen wird, ist ebenfalls ein Hinderniss, das einen richtigen Schluss über das Resultat der Aetzung zu ziehen nicht erlaubt. Ebenso wird durch das Entstehen in der Peripherie der geätzten Stelle von Eczema, Erisypelas, Furunkeln, heftiges Abreissen des Schorfes, traumatische Beschädigungen der geätzten Stelle, das Zerkratzen der umgebenden Theile u. dgl. der Beweis der Cauterisatio provocatoria entzogen.

4. Leute, deren Haut wenig empfindlich gegen verschiedene Reizungen ist, liefern die ausgeprägtesten Resultate bei der Cauterisatio provocatoria. Bei jungen, gut genährten Subjecten ist es leichter, damit richtige Schlüsse zu erzielen, als bei anämischen, scrofulösen, scorbutischen Leuten, oder bei Säufern und alten Leuten, die eine atrophische Haut besitzen.

5. Je rascher die Krankheit verläuft und je früher nach erfolgter syphilitischer Ansteckung die Aetzung angestellt wurde, desto wahrscheinlicher ist das positive Resultat der Cauterisation.

6. Bei der visceralen Syphilis, der Erkrankung der Knorpel und Knochen, ebenso in der gummösen Periode der Syphilis,

gibt die Aetzung oft negative Resultate. Dasselbe lässt sich von Aetzungen sagen, welche in der Zwischenrecidivperiode im Anfange einer langsam verlaufenden Form der Syphilis angestellt wurden.

7. Die Aetzung ist fast immer von positivem, scharf ausgeprägtem Resultate gefolgt in der zweiten Incubationsperiode, hauptsächlich bei Kranken, welche keine mercurielle Cur durchgemacht haben.

8. Da die Schlüsse, welche man über negative und positive Resultate der Aetzung zieht, sich hauptsächlich auf die Verschiedenheit der Erscheinungen gründen, die durch die Aetzung bei Gesunden und Syphilitikern hervorgerufen werden, so ist ein Jeder, der die Cauterisatio provocatoria als ein diagnostisches Mittel anzuwenden beabsichtigt, verpflichtet, den Verlauf der Aetzung bei einem jungen, vollkommen gesunden Menschen und bei einem Syphilitiker in der 2. Incubationsperiode, der keine mercurielle Cur gebrauchte, zu verfolgen.

Nur noch eine Bemerkung: Die eben beschriebenen, durch Aetzung hervorgerufenen Bildungen werden zuweilen in Folge von individuellen oder anderen, uns bis jetzt wenig bekannten Ursachen sehr in ihrer äusseren Erscheinung abgeändert, nehmen Formen an, die ihre äusseren, charakteristischen Merkmale verschwinden machen und so der Cauterisation den diagnostischen Werth entziehen. Es bei der Anwendung ist also der Cauterisatio provocatoria erstens eine gewisse Erfahrung in der Beobachtung ihrer Merkmale sowohl bei Gesunden als bei Syphilitikern unentbehrlich, und zweitens die grösste Vorsicht zu beobachten bei der Beurtheilung des Falles, da nur auf deutlich ausgeprägte positive Thatsachen die Diagnose gegründet werden kann.

Zum Schlusse muss ich noch sagen, dass man die Cauterisatio provocatoria als diagnostisches Mittel nur selten zu gebrauchen genöthigt ist, indem man so viele andere verschiedene Kennzeichen der Syphilis besitzt. Was die in diagnostischer Hinsicht schwierigen Fälle betrifft (Visceral-Syphilis), so ist schon gesagt worden, dass die Aetzung negative oder zweifelhafte Resultate liefert.

St. Petersburg, Jänner 1877.

Beiträge zur Pathologie und Therapie der Nasensyphilis.

Von

Dr. Schuster, prakt. Arzt in Aachen.

und

Dr. Sänger, Assistent am pathol.-anat. Institut zu Leipzig.

Das Missbehagen, welches die syphilitische Erkrankung bei ihrem Besitzer hervorruft, beruht zum nicht geringen Theile in dem Gedanken an die Möglichkeit einer Entstellung der Gesichtszüge. Das Schreckbild des Einsinkens der Nase fängt aber auch an den Arzt in den Fällen zu beunruhigen, wo die Nasenhöhle von den späteren Formen des syphilitischen Processes ergriffen ist. Bis vor kurzer Zeit war die Therapie der Nasenerkrankungen überhaupt, wie besonders der syphilitischen, eine in der That primitive. Bei letzteren beschränkte man sich auf specifische Curverfahren nebst Einspritzungen. Ein bedeutender Fortschritt in der Behandlung der Nasensyphilis geschah durch die Arbeiten aus der Volkmann'schen Klinik. Bereits im Jahre 1872 gab Herr Dr. Schede, damals Assistent an dieser Klinik, in seiner Abhandlung „Ueber den Gebrauch des scharfen Löffels bei der Behandlung von Geschwüren" den Weg an, wie man deletären Formen der Nasenerkrankung entgegen zu treten habe. Volkmann selbst erwähnt in seinem Buche „Beiträge zur Chirurgie" Leipzig 1875 ausführlich seiner örtlichen Behandlung der Ozaena und Rhinitis. Er kommt zu dem Schlusse, „dass gerade in den Fällen ausgedehntester Zerstörung des knöchernen Gerüstes der inneren Nase die Bedingungen für die Ausheilung durch seinen Eingriff sich am günstigsten gestalten. Je weniger von den Muscheln,

der Nasenscheidenwand, dem Siebbein intact geblieben ist, um so einfacher wird die Wundhöhle, um so glatter ihre Wandungen, um so zugänglicher therapeutischen Massnahmen aller Art, und um so rascher wird die Vernarbung erfolgen können."

„Wir werden uns daher nicht wundern dürfen, wenn wir aus den Krankengeschichten lernen werden, dass rasche Heilungen bei den schweren, langsamere bei den leichteren die Regel bildeten."

Allerdings darf hiebei nicht vergessen werden, dass in jenen „für die Heilung günstigeren" schweren Fällen die Gestalt der Nase schon mehr weniger gelitten hat.

In dem Buche von John Hamilton, Lectures on syphilitic osteitis and periostitis, London 1874 wird namentlich die Entfernung der abgestorbenen Knochen bei Erkrankung der Nase empfohlen, während die örtliche Behandlung der Ulcerationen weniger berücksichtigt ist.

In dem sehr verdienstlichen Buche von Michels, „die Erkrankungen der Nasenhöhle, 1876", ist der Verlauf und die Behandlung der Nasensyphilis wohl in Ermangelung hinreichenden Materiales als etwas gar Leichtes geschildert. — Zeissl empfiehlt in seinem Handbuche der Syphilis Injectionen von verdünnter Salzsäurelösung als bestes, die Abstossung nekrotischer Knochenstücke beförderndes Mittel. Eine allgemeine Behandlung empfiehlt er in denjenigen Fällen von Ozaena, wo an anderen Körperstellen syphilitische Localisationen sich zeigen, oder, wo die bestehenden Nasenerscheinungen nicht heilen wollen. Im Uebrigen wird die Localbehandlung der syphilitischen Affectionen, insbesondere die der Nase, wie so ziemlich in allen Handbüchern über Syphilis, sehr summarisch abgehandelt. So empfiehlt Diday in seinem „Thérapeutique des maladies vénériennes, 1876", wo er der Localbehandlung der syphilitischen Affectionen überhaupt das Wort redet, Seite 500, „gegen die katarrhalische, eiternde oder ulcerative Rhinitis mit oder ohne Krustenbildung oder Blutung, ausser der Jodbehandlung, das Einathmen des Dampfes einer auf glühendes Eisen geworfenen Prise Zinnoberpulvers Morgens und Abends, Einschnaufen einer Jodlösung in die Nase und gegen den fötiden dieser Krankheit eigenen Geruch Wasserinjectionen in die Nase à grand courant."

In dem sehr fleissigen Buche von Stoerk, „Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes, der Nase und des Rachens", wer-

den der Syphilis der Nase besondere Kapitel gewidmet. Er lässt die Geschwüre der Nase aus der zerfallenden Papel hervorgehen, behält zunächst den Ausdruck Ozaena syphilitica bei, leitet die Erkrankung der Nasenknochen nicht von dem directen Ergriffenwerden durch das syphilitische Virus ab, nimmt nicht, wie Michaëlis, eine primäre Perichondritis und Periostitis syphilitica der Nase an, sondern führt, wie Sigmund, die Blosslegung der Knochen auf Schwund der Schleimhaut in Folge der Ulcerationen zurück; betrachtet die Ozaena nicht als eine tertiäre Form. Ihre Behandlung müsse in erster Linie eine chirurgische sein, der nekrotische Knochen muss entfernt werden, wenn Heilung möglich sein soll. Ausserdem empfiehlt er neben der Allgemeinbehandlung die Cauterisation der Ulcera mit Argentum nitricum. In Bezug auf die eingetretene Heilung bemerkt er, „auch die Ausgleichung des Substanzverlustes in der Schleimhaut gewährt nicht, wie bei denselben Vorgängen in der Haut, vollkommene Sicherheit, so lange wir nicht über den rein schleimigen Charakter des Secretes beruhigt sind. Wo trotz der Schliessung des Geschwüres Eiter secernirt wird, wo sozusagen die Schleimhaut eine Eiterhaut geworden ist, besteht der Verdacht, dass doch noch in einem Winkel der Nasengänge ein unsichtbares Ulcus vorhanden sei, da es bei noch so genauer rhinoskopischer Investigation eine Stelle geben kann, wo unser Licht und unser Blick nicht hinreicht.“ Die Methode der Ausspritzung, wie die Ohrenärzte sie anrathen, empfiehlt er nicht bei Ozaena syphilitica wegen der Verschleppung des inficirenden Stoffes. Das Volkmann'sche Behandlungsverfahren ist nicht erwähnt.

In dem Anhange zu seinem Jahresberichte „Indicationen zur Anwendung des scharfen Löffels“ Köln 1876, erwähnt Herr Dr. Bardenheuer (Oberarzt der chirurg. Abtheilung am Kölner Bürgerhospital) dessen Wirkung und nothwendige öftere Wiederholung bei der sogenannten Stinknase, und erklärt denselben als höchst wirksam bei der Ozaena syphilitica. Letztere sah er unter der Form von Geschwüren, sowie von Verdickungen der Schleimhaut. Ich hatte Gelegenheit, Herrn Dr. Bardenheuer einen Theil meiner Fälle vorzustellen, auf welche er sich auch bei der Aufstellung genannter Formen bezieht.

Bei der grossen Bedeutung der syphilitischen Nasenerkrankung

wenn auch seltener als Ursache lethalen Ausganges, als wie vielmehr als solche der Entstellung und Verbannung aus der Gesellschaft und solche langen Leidens; nicht minder aber auch bei den wenigen bis jetzt vorhandenen genauer verfolgten Krankengeschichten; ganz besonders aber bei der immer mehr gewonnenen Anschauung, dass unter geeigneter ärztlicher Ueberwachung die Entstellung der Nase ein immer seltener werdendes Vorkommniss abgeben müsse: glaubte ich die Veröffentlichung vieler meiner in den letzten Jahren behandelten Fälle von Nasensyphilis für gerechtfertigt halten zu dürfen. Die bis jetzt noch wenig ausgebildete Kenntniss über die pathologische Anatomie der syphilitisch ergriffenen Nasentheile machte die histologische Besprechung hierher gehöriger pathologischer Produkte sehr wünschenswerth. Auf das freundliche Entgegenkommen des Herrn Prof. Wagner in Leipzig hin wurden in seinem pathologisch-anatomischen Institute von einem seiner Assistenten, Herrn Dr. Sänger, die pathologischen Produkte von sieben der zu erzählenden Fälle mikroskopisch untersucht und genau geschildert. Es drängt mich, an dieser Stelle dem verehrten Herrn Prof. Wagner für die freundliche Berücksichtigung meiner Präparate, sowie Herrn Dr. Sänger für deren so genaue, mühevolle Untersuchung und hochinteressante Besprechung meinen ernsten Dank auszusprechen.

Von den verschiedenen anderen Fällen wurde die Aufbewahrung pathologischer Producte versäumt; der genauer beobachtete Verlauf möge deren Erzählung entschuldigen.

Ich gebe nun die Fälle in der Reihenfolge, dass ich zunächst diejenigen vorausschicke, von denen keine pathologischen Präparate zur Untersuchung kamen und lasse dann die Fälle mit den dazugehörigen Berichten Herrn Dr. Sänger's folgen.

I. M. Me-r, 24 Jahre alt, hat sich 1874 im September inficirt und während 3 Monate gegen seine secundären Erscheinungen 90 Frictionen gemacht. 1875 gebrauchte er in Kreuznach eine Frictionscur.

11. Jänner 1876. Stat. praes. Patient ist von guter Constitution, hat am linken Scheitel zwei grosse, übereinanderliegende, mit grauem Grunde versehene, stark eiternde Geschwüre, die sich schnell mit Borken bedecken. Auch besteht am rechten Oberarme, sowie am rechten Unterschenkel ein Ulcus gleicher Art. Patient leidet an Schnupfen, ver-

braucht täglich 4—6 Taschentücher. Der linke Nasengang ist in der Höhe der mittleren Muschel von einer rothen, auf Berührung leicht blutenden Masse verstopft. Mit der Sonde stösst man auf einen festen Widerstand, der aber nicht das Gefühl des blossliegenden Knochens gibt.

Es besteht auch eine Verhärtung des geschwollenen rechten Hodens, sowie abendliches Fieber.

Therapie. Als allgemeine Behandlung wurde gegen dieses Ekthymastadium neben den Aachener Thermen anfangs täglich, später alle zwei Tage Unguent. ciner. eingerieben; gegen das abendliche Fieber Natr. salicyl. in grossen Gaben mit Erfolg gegeben, so dass es nach 10 Tagen ausblieb. Die Ulcera wurden abgeschabt und dann theilweise mit Empl. hydr., theilweise mit Jodoformlösung erfolgreich verbunden. Die Nasenaffection wurde mit dem scharfen Löffel und nachfolgender Cauterisation wiederholt behandelt. Auch wurden täglich Jodinhalationen mit Hülfe des Waldenburg'schen Inhalationsapparates gemacht, ausserdem Injectionen von Thermalwasser in die Nase. Eine Zeit lang stiess man durch die Schwellung auf ein blossliegendes Knochenstück. Am 32. Tage der Behandlung fühlt man letzteres nicht mehr; aber man sieht noch Schwellung der Schleimhaut in der Höhe und Mitte der Nasenhöhle dieselbe verlegend. Innerhalb 8 Tage finden zweimal starke Aetzungen mit dem festen Lapisstift statt. Jetzt sieht man den Nasengang wieder deutlich; man findet keine Ulceration, dagegen von der Nasenscheidewand noch ausgehende Schwellung. Man fühlt keinen Knochen blossliegend. Mit der 40. Einreibung wurde deren Fortsetzung wegen auftretenden Fiebers auf 8 Tage ausgesetzt. Man sieht jetzt in der Höhe der rechten Nasenhöhle eine grosse, rothe Granulation. Dieselbe wird mittelst eines kleinen, scharfen Löffels weggeschabt. Man kommt auch jetzt nicht auf Knochen mit der Sonde. Der Nasengang hat jetzt fast die Form des linksseitigen.

Patient verbrauchte im Ganzen innerhalb 90 Tage 50 Frictionen. Der Taschentuchverbrauch war wieder ein normaler. Die Geschwüre und die Induratio testis sind geheilt. Die Nachrichten, welche ich 9 Monate nach der Beendigung der Behandlung hatte, lauteten günstig. Es war kein Recidiv aufgetreten. Eine in den letzten Tagen vorgenommene genaue Untersuchung ergibt vollständige Heilung der linken Nasenhöhle.

II. M. Hawk., 34 Jahre, wohl genährt, verheiratet, inficirt im Frühjahre 1874, tritt in meine Behandlung August 1876.

Ulcus von Erbsengrösse auf der Spitze der Nase. Die rechte Nasenhöhle an der äusseren Wand, sowie der Nasengrund exulcerirt. Man fühlt keinen blossliegenden Knochen, so dass die Ulceration nur der Schleimhaut der unteren Muschel und der des Nasengrundes angehört. Kein übler Geruch.

Therapie. Neben dem Thermalgebrauche Sublimatalbuminat-Injectionen. Oertlich: Ausschabung mit folgender Aetzung. Das Geschwür der Nasenspitze heilte auf intensive Aetzung rasch; die Nasenschleimhaut wurde bedeutend besser; es blieb aber eine Verdickung derselben bestehen. Diese wird am 12. September galvanocaustisch zerstört. Hienach ist der Nasengang durch eine opalweisse Masse (Brandfläche) verstopft.

Patient, welcher mit lauem Salzwasser vorsichtige Injectionen durch die Nase machen soll, hat, da sie nichts durchliess, mit grosser Macht mittelst einer Kautschukspritze durch die gesunde Nasenseite eingespritzt. Hierauf entsteht grosser Schmerz im Hinterkopf verbunden mit heftigem Klopfen während der Nacht.

Den 15. September ist die linke Tonsille entzündet und mit weissen Punkten übersäet. Verordnung innerlich Chinin cum Chlorkali, Chlorkalieinspritzungen in die Nase, Dampfbäder.

Den 19. September ist der Nasengang wesentlich freier, Kopf frei. Es werden Frictionen von Ungt. cin. statt der Sublimatinjectionen gemacht.

26. September. Wesentliche Besserung auf der äusseren rechtsseitigen Nasenwand; mehr hinten und oben noch Vorwulstung; wird heute weggalvanocauterisirt. Reaction unbedeutend.

28. September. Unbedeutende Schleimabsonderung; befriedigendes Aussehen der Nase. Patient reist Anfangs October mit gutem Resultat von hier ab.

III. Herr Ka-f, 36 Jahre alt, unverheiratet, hat sich vor 9 Jahren inficirt und verschiedene specifische Curen durchgemacht. Seit vorigem Jahre (August 1875) besteht eine Nasenaffection. Patient gebrauchte andauernd Jodkali; vor zwei Monaten ging ein kleines Knochenstück aus der Nase ab. Zeitweise und zwar in regelmässigen Zwischenräumen von 10 Tagen tritt ein 3—6 Stunden dauernder Schwindelanfall ein, wobei Patient nach der rechten Seite hinneigt. In der letzten Zeit hat Patient zu Hause neben Jodkali 15 Frictionen gemacht. Er klagt über üblen Geruch aus der Nase und Schmerzen in den oberen Zähnen.

15. August. Status präsens. Patient von guter Statur, sieht aber leidend aus, Hautfarbe schmutzigbraun. Man findet keine allgemeinen Zeichen der Syphilis. Affection der linken Nasenhöhle, Perforation des Vomer; um dieselbe herum ist die Nasenscheidewand ulcerirt und mit zähem grauem Eiter bedeckt. Der Nasengrund (Boden des untern Nasenganges) ist ulcerirt, man kommt mit dem Katheter, resp. Sonde, über eine geriffte Fläche, aber nicht auf Knochen. Ojectiv unbedeutender übler Geruch, derselbe ist mehr subjectiver Art.

Verordnung: Thermalbäder, Injectionen des Thermalwassers in die Nase, Jodinhalationen, Ausschabung und Aetzung des Nasengrundes, Einleitung der Inunctionscur.

Patient erträgt die ersten Inunctionen nicht. Hinterhauptschmerzen, Fieber und Zahnfleischschwellung benöthigen deren Aussetzen. Er erholt sich unter dem Gebrauche von Chininlösung rasch.

13. September. Die früher geätzte Fläche der Nasenscheidewand ist noch wund, ohne aber mehr übelriechende Absonderung zu liefern. Der Nasengrund ist fast geheilt und hiermit sind die Zahnschmerzen der oberen Zahnreihe verschwunden. Es wird heute die Nasenscheidewand galvanocauterisirt. Die Einreibungen sind seit 5 Tagen wieder aufgenommen.

19. September. Schwächegefühl, Kopfschmerz, Schwindel veranlassen wiederholtes Aussetzen des Mercurs. Gegen den Schwindel und sich oft wiederholenden Kopfschmerz wird Chinin mit Bromkali verordnet. Die Nasenscheidewand noch kaum von Schleim belegt; die Klagen des Patienten über üblen Geruch und Schmerzen in den Nasenwurzelknochen lassen bei genauer Spiegel- und Sondenuntersuchung nichts Positives auffinden.

25. Sept. Am Nasengrunde gerade hinter der Eingangsöffnung befindet sich noch eine ulcerirte Stelle; Ausschabung derselben. An dem Septum vor der Perforation befindet sich noch zäher Schleim.

2. October. Umgebung des Perforationsloches sowie Nasengrund geheilt. Jedoch ist dicht vor der Oeffnung der Scheidewand eine kleine Unebenheit, an der etwas Schleim zäh anklebt. Pat. klagt, dass zuweilen plötzlich ihn ein übler Geruch befalle, und er zuweilen noch Schwere in der Nasenwurzel und dem Hinterkopf nebst Schwindel habe. Dagegen seien die heftigen periodisch auftretenden Kopfschmerzen ganz verschwunden. Die wieder aufgenommenen Mercureinreibungen werden jetzt gut vertragen; er macht deren noch 20.

24. October. Seit 8 Tagen kein Schwindelanfall mehr, Nasenbefund dem am 2. Oct. angegebenen entsprechend. Die zuweilen auftretende subjective Kakosmie entstehe plötzlich und vergehe nach einer halben Stunde, ohne dass Absonderung kommt. Da dieselbe wohl nur von dem geringen zähen Schleim abhängen kann, so wird Bepinselung dieser mit Schleim belegten Stelle mit Carbolöl empfohlen und Patient entlassen.

IV. Herr N-berg, 52 J. alt, Witwer, hat erwachsene gesunde Kinder, inficirte sich in seiner Jugend, klagt über starken Stockschnupfen und Schwerhörigkeit des rechten Ohres.

Status praesens. Patient von kräftigem Körperbau, mit starkem Panniculus adiposus und stark beleibt. Auf dem rechten Oberarme befindet sich ein sehr grosses Ulcus mit unebener stark eiternder Oberfläche, daneben und darunter eine grosse Fläche weisser dünner Narben. Am rechten Unterschenkel ein ähnliches Ulcus. Der weiche Gaumen ist geschwellt und von sammtartiger Röthe. Da diese Beschaffenheit fast immer auf Gummabildung deutet, so wird mit dem Zeigefinger um das Zäpfchen nach der Pharynxfläche des Palatum molle gedrungen; man fühlt deutlich vor dem Zäpfchen und mehr nach links ein bohnengrosses Gumma. Das Rhinoskop ergibt die linke Nasenhöhle frei, die rechte dagegen ist in ihrer übersehbaren Schleimhaut verdickt sowohl rechts wie links und auch unten, und von unebener trockener, selten ulcerirter Fläche. Das Pharyngoskop kann wegen zu grosser Reflexbewegungen in den ersten Wochen nicht angewendet werden.

Therapie. Sublimat-Alb.-Injectionen nebst Inunctionen abwechselnd, Thermalgebrauch, Abschaben der beiden Geschwüre und dann Verband mit Salicylwatte. Jodinhalationen. Injectionen mit Thermalwasser. Abschaben der geschwürigen Stellen der Nase.

Am 6. September nach circa 4wöchentlicher Behandlung bedeutende Besserung. Das Palatum molle wenig geschwollen, ebenso zeigt die Uvula nur noch leichte Schwellung und Röthung. Von der bohnengrossen Härte fühlt man noch einen mehr linienförmigen harten Streifen. Man kann bequem bis zum freien Rande des Septums greifen. Die Geschwüre am Arme und Unterschenkel sind seit 8 Tagen verheilt. Taubheit besteht noch fort.

Am 9. Sept. zeigen sich am Oberarme wieder kreisrunde kleine Ulcera. Die Rauhigkeiten der rechten Nasenhöhle werden mit dem Galvanocauter bestrichen.

12. September. Es besteht seit dem Brennen mit dem Galvanocauter starke Absonderung und Schwellung der unteren Muschelschleimhaut. Es gelingt endlich, den Pharyngonasalraum zu übersehen, und wird hinter dem rechten Gaumenbogen ein nach oben sich hinauf ziehendes Ulcus constatirt. Dasselbe wird mehrere Male mit einer gekrümmten, mit Lapis armirten Sonde geätzt.

15. Sept. Das Gehör hat sich wesentlich rechterseits gebessert. Da sich noch immer Erhabenheiten (Knötchen) längs der Schleimhaut der Muschel befinden, so werden dieselben mit dem scharfen Löffel weggeschabt (man kommt nicht auf Knochen) und dann cauterisirt.

17. Sept. Die Luft ist wieder leicht durchgängig. Gehörfähigkeit wesentlich gebessert. Keine Härte hinter dem Zäpfchen zu fühlen. Geschwüre am Arme sind verheilt. Patient hat 45 Frictionen und 15 Sublimat-Albuminat-Injectionen erhalten. Die Schleimhaut der rechten Nasenhöhle erscheint immerhin noch verdickt.

V. J. Ba-n, 27 J. alt, inficirte sich im Jahre 1870; es folgten bald secundäre Erscheinungen der Haut und der Tonsillen, die nach einer vorgenommenen Inunctionscur verschwanden. Ende 1871 verspürte Pat. Schnupfen, wogegen er den Rath verschiedener Aerzte vergebens befolgte. In Charlottenburg machte er eine Lohbadcur 1875 ohne Erfolg durch. In demselben Jahre gebrauchte er Nasendouchen und Ausspritzungen mit Höllensteinlösung, wonach Besserung eintrat. Bald aber stellte sich eine Absonderung von dicken Massen ein, die auch vom Halse aus mit Blut vermischt abgingen. Ein hiesiger Arzt schnitt ihm hierauf die vergrösserten Mandeln aus, ohne dass Linderung des Ausflusses sich einstellte. Im Herbst 1875 stellte Pat. sich mir vor.

Status praes. Patient ist abgemagert, hat eingefallene Gesichtszüge, leichten Bronchialkatarrh; die rechte Nasenhälfte athmet schlecht; man erkennt bei der Untersuchung eine Schwellung der Schleimhäute, die in der Mitte aneinanderliegen. Kein Geschwür zu erkennen, die Sonde, der Ohrkatheter stossen auf keinen Knochen. Die linke Nasenseite erscheint frei.

Bei der Oeffnung des Mundes sieht man den weichen Gaumen sammtartig geschwollen und namentlich nach links von dunkelrother Schwellung. Da dieselbe auf Geschwulst-, resp. Geschwürsbildung auf der Pharynxhöhlenseite deutete, so wurde der Finger hinter die Gaumenbögen geführt; man glaubte eine runde Geschwulst linkerseits erkennen zu können.

Die Rhinoskopie vom Pharynx aus gelang nicht, an einen operativen Eingriff vom Pharynx aus war nicht leicht zu denken. Es wurde eine Frictionscur nebst Jodkali verordnet, ausserdem Jodinhalationen und Nasendouche gemacht. Aber schon nach wenigen Wochen war der weiche Gaumen an der dunkelrothen Stelle perforirt. Die Oeffnung wurde trotz der specifischen Cur grösser, ihre Ränder waren infiltrirt, mittels des Kehlkofpspiegels konnte man durch die Oeffnung eine runde Geschwulst erkennen, welche den Winkel zwischen Nasenseitenwand und weichem Gaumen einnahm.

Wohl mehr in Folge der Schwere des hinteren Randes der grossen Oeffnung, welcher also frei in der Rachenhöhle herunterhing, als wie in Folge des fortschreitenden Schmelzungsprocesses dehnte sich die Oeffnung derartig aus, dass bald das Zäpfchen nebst den angrenzenden Bögen als ein dicker infiltrirter Strang herabhing, der nothwendiger Weise bald einreissen musste, womit dann der weiche Gaumen verschwunden gewesen wäre. Unter solchen Umständen konnte nur noch von einer raschen Entfernung der Geschwulst und der Härte des Gaumenstranges eine Zerstörung des Gaumens abgewendet werden. Es wurde nach einer Consultation mit Herrn Dr. Bardenheuer, Chirurg am Kölner Hospital, sowohl die Härte des hinteren Stranges, sowie auch das Gumma in der linken Nasenseite, das jetzt durch die Oeffnung frei vorlag, mittels des scharfen Löffels entfernt und hierauf die wunden Stellen mit Chlorzink geätzt. Von diesem Augenblick ab stand der Process, den weder Jodeinathmungen noch Inunctionscur nebst Jodkali zu überwinden vermocht hatten. Der Zäpfchentheil des weichen Gaumens näherte sich durch Narbenzusammenziehung seiner normalen Stelle, jedoch blieb eine grosse Oeffnung des weichen Gaumens bestehen. Durch die Oeffnung durch, ihr gerade gegenüber am Nasopharyngealdach sah man noch eine mit Borken belegte Stelle, die sich nach Entfernung der Borke als granulirende, auf Berührung blutende Fläche kundgab. Es gelang auf wiederholte Abschabung sowie tiefe Aetzung sie zur Heilung zu bringen. Der Schnupfen, resp. der Ausfluss aus der Nase war auf ein Minimum beschränkt. Ein vorübergehender Bluthusten wurde ganz geheilt, Patient nahm darauf noch eine Zeit lang Jodeisen. Es konnte nach Ablauf von 6 Monaten, da sich kein Anzeichen eines Recidivs zeigte, zur Staphylorrhaphie geschritten werden. Ich liess dieselbe durch Herrn Dr. Bardenheuer ausführen. Leider rissen wegen der bedeutenden Narbenbildung einige

Fäden aus, dennoch verkleinerte sich die Oeffnung im Laufe der folgenden Monate bis auf Erbsengrösse; deren vorderer innerer Rand, der durch die allmällige leicht ausführbar gewordene Rhinoskopie noch besser, als direct durch die Oeffnung vom Munde aus zu sehen ist, erscheint noch mit Eiter bedeckt. In der letzten Zeit stellte sich wieder — 4 Monate nach der Gaumennaht — Schnupfen ein, der durch Einblasen von Tanninpulver sowie Aetzen genannten Randes geheilt wird. Da offenbar die bestehende Oeffnung die Bildung und Rentention des Schleimes befördert, auch die Sprache behindert ist, so veranlasste ich den Patienten zur Wiederholung der Gaumennaht, zu der er sich jedoch noch nicht entschliessen mag.

VI. Frau A., 38 Jahre alt, Mutter von 6 Kindern, ist in den letzten Jahren inficirt worden. Der ärztliche Bericht lautet: »sie leidet seit mehreren Jahren an verschiedenen schweren luetischen Symptomen, zeitweise mit hochgradiger Anämie verbunden. In der letzten Zeit traten osteocopische Kopfschmerzen und eine Ozaena, die schon die Cartilagines theilweise zerstört hat, in sehr belästigender Weise hervor. Jodpräparate sollen immer aber nur vorübergehend und für kurze Zeit günstig gewirkt haben. Ueber etwa durchgemachte Quecksilbercuren kann ich keine Auskunft geben, da ich die Patientin erst seit einigen Monaten behandle.«

6. April 1876. Stat. praes. Patientin ist von zarter Constitution, sieht anämisch aus. Ausser an der Nase findet man keine auf Syphilis deutenden sichtbaren Erscheinungen. Die äussere Gestalt der Nase zeigt von ihrer Mitte bis zur Spitze eine leise Einsenkung und Verbreitung, an ihrer Wurzel eine leichte Auftreibung. Hier ist sie auf Druck schmerzhaft. Kein übler Geruch ist vorhanden. Das knorplige Septum zeigt einen grossen Substanzverlust. Der rechte Nasengang sowie auch theilweise der linke sind mit Granulationmassen und vertrocknetem Schleim ausgefüllt. Dieselben werden sofort zur besseren Inspection mit dem scharfen Löffel weggeräumt. Man fühlt jetzt im Grunde der Nasenhöhle etwa $1^1/_2$ Zoll weit vom Eingange entfernt ein Knochenstück blossliegen, das dem Proc. palatin. des Oberkiefers oder dem unteren Theile des Vomer anzugehören scheint. Nach oben stösst man auch auf eine cariöse Stelle des Nasenbeins, der Stelle entsprechend, wo der Eindruck der Nase beginnt. Die Schleimhautflächen der Nasenhöhle sind zu Granulationsflächen umgewandelt.

Nach rechts und oben stösst man durch die Granulationsmassen auch auf freie Knochen.

Prognose für die Gestalt der Nase sehr ungünstig.

Therapie: Thermal- und Frictionscur. Oertlich Jodinhalationen täglich nach vorherigen Injectionen mit Thermalwasser. Ausräumungen der Granulationen mit nachfolgenden Aetzungen in mehreren Sitzungen, wobei einzelne Knochenpartikel entfernt wurden.

In der ersten Zeit bildete sich zwar die Entzündung der Ossa nasi weiter aus bis zur Schwellung und grosser Empfindlichkeit, womit auch ein heftiger Kopfschmerz einherging. Es wurden deshalb neben den Einreibungen innerlich Jodpräparate gegeben. Allmälig verschwanden diese Erscheinungen wieder.

4. Juli. Es sind im Ganzen 60 Frictionen gemacht. Die früher nach oben und die mehr nach rechts gefundenen blossliegenden Knochen sind nicht mehr zu fühlen. Dagegen besteht die grosse blossliegende Knochenfläche des Nasengrundes fort, ohne Anzeichen der Lösung zu bieten. Ihre Heraushebelung gelang nicht. Deshalb wurde unter der Chloroformnarkose der blossliegende Gaumenknochen losgemeisselt und unter verhältnissmässig nicht zu grosser Blutung herausbefördert. Leider wurde bei der Durchmeisselung die Schleimhaut durchbrochen, so dass ein zehnpfenniggrosser Durchbruch in den Mund entstand.

Am 7. August haben sich die theilweise scharfen Ränder der Perforationsöffnung überhäutet; die innere Nasenfläche sieht im Allgemeinen recht befriedigend aus, nur im Hintergrunde der Nasenhöhle erscheint die Schleimhaut stellenweise wie ödematös gequollen; in der Höhe der linken Nasenhöhle, dem Siebbeine nahe wird ein Ulcus cauterisirt; auch entdeckt man, da die rechte Seitenwand der Nase auf Druck noch schmerzt, indem man vom linken Nasenloch aus durch das perforirte Septum untersucht, an der rechten äusseren Schleimhautwand Ulcera mit erhöhten Rändern. Dieselben werden abgeschabt und am 14. August geätzt. Da Patientin recht kräftig geworden ist, so werden die seit 6 Wochen ausgesetzten Frictionen wieder aufgenommen.

Am 18. August ist die rechte Seite frei.

Am 22. August sieht man im Hintergrunde der freien Nasenhöhle auf Berührung blutende und stark absondernde Schleimhautexcrescenzen. Nach deren Entfernung entdeckt man freien Knochen; es gelingt denselben abzudrücken. Die Blutung wird (wie auch früher jedesmal) mit Eiswasser gestillt.

Am 25. August fühlt man keinen Knochen mehr. Das Allgemeinbefinden ist befriedigend. Die Pharynxwand ist sehr trocken, deshalb werden die Jodinhalationen ausgesetzt, dagegen werden die Frictionen fortgebraucht.

Am 30. August sind wiederum im Hintergrunde der Nase wie froschlaichartige Schleimhautmassen ausgebildet. Nach deren Fortschaffung kommt man wieder auf Knochen, der wohl dem Os sphenoideum angehört.

Am 17. September sieht die Nasenhöhle rein aus. Es waren einige kleine Ulcera, die sich wieder gebildet hatten, auf Aetzungen geheilt. Die dem Os sphenoideum angehörige cariöse Stelle wird absichtlich in Ruhe gelassen, um so mehr als hier sich jetzt kleine, feste Granulationen gebildet haben. Es sind im Ganzen 89 Frictionen bis heute gemacht worden, das Allgemeinbefinden hat sich sehr gebessert.

Es wird der Patientin, die nun endlich in ihre Heimat zurückkehren will, die operative Schliessung des Gaumendurchbruches vorgeschlagen.

Am 26. September wird dieselbe durch Herrn Dr. Bardenheuer hierselbst vorgenommen. Da grosse Seitenlappen längs des Knochens abgelöst werden mussten, entstand ein grosser Blutverlust. Es wurde die Oeffnung mit 12 Nähten verschlossen.

Am 28. September zeigt sich der obere Zipfel des rechten Lappens brandig.

Am 30. September dehnt sich die brandige Stelle bis zu der Naht aus. Im Uebrigen aber sieht das Ganze gut aus. Es sind die Nähte allmälig entfernt worden.

Am 26. October Wulstung an den den Nähten entsprechenden Stellen. Der brandige Zipfel hat sich begrenzt und kann am 4. October entfernt werden. Es besteht jetzt an seiner Stelle eine mit der Nase communicirende fast erbsengrosse Oeffnung.

Am 6. October, die Vereinigung in der Mitte consolidirt sich zusehends, die neue Oeffnung wird kleiner.

Am 15. October. Durch öfteres Aetzen mit dem Lapis ist der Defect sehr verkleinert; er entspricht der Grösse eines doppelten Stecknadelkopfes. Der frühere Defect ist beseitigt. Dagegen ist die Nasenhöhle wieder rebellisch geworden; trotz wiederholter Reinigungen derselben in der letzten Zeit. Man löst beiderseits grosse Borken ab, nach deren Entfernung blutiger Eiter auf der Schleimhaut aufklebt,

die sich stellenweise wieder granulirt zeigt. Tief hinten nach links stösst man wieder auf freien Knochen, der unbeweglich erscheint.

Die geschwürigen Stellen werden mit dem scharfen Löffel abgeschabt und geätzt. Sie sind am 25. October verheilt.

Die Form der Nase hat in keiner Weise bis jetzt gelitten. Pat. reist heute ab.

Zwei Monate später erhalte ich folgenden Bericht ihres Arztes. Der Zustand der Patientin ist noch nicht befriedigend. Das Loch im Gaumentheil des Os max., ist zwar bis auf Stecknadelkopgrösse geschlossen; ebenso sind mehrere rechts aufgetretene Ulcerationen der Nasenhöhle geheilt; hinten nach links und aussen hält sich aber eine exulcerirte und stark empfindliche Stelle seit längerer Zeit. Am liebsten möchte ich die Patientin wieder Ihren Händen anvertrauen, die Verhältnisse lassen aber eine jetzige Reise nicht zu. Da solch schwere Fälle hier zu den Seltenheiten gehören, sind wir auch auf deren Behandlung nicht eingerichtet.

Die jüngsten Nachrichten lauten: Die kleine Perforation am Gaumen genirt nicht mehr, Nasengestalt erhalten geblieben, oberflächliche Exfoliation einzelner Knochen.

VII. Selh., 37 Jahre alt, verheirathet, hat sich 1872 inficirt. Eine 4—5 Wochen später aufgetretene Wunde am Präputium wurde mit Kupferwasser geheilt und nach dem zweimaligen Gebrauch einer Quecksilber-Pillencur schien Patient geheilt. Im December 1875 jedoch bekam er eine Wunde am Scrotum, welche auf rothé Präcipitatsalbe äusserlich und Jodkali innerlich verheilte. Bald darauf entstand wohl durch Erkältung Stockschnupfen, gegen den örtlich Tannin- und Salzlösungen, innerlich Jodeisen und später Jodkali bis in die letzte Zeit gebraucht wurde.

Status präsens. Patient ist kräftig gebaut, bietet im Allgemeinen keine Erscheinungen der Syphilis dar. Die Nase ist in ihrem ganzen knorpligen Theile zwar geschwollen, aber breit und wie platt niedergedrückt, ohne dass an der knöchernen Grenze eine Einsenkung zu erkennen wäre. Von dem weichen Septum besteht nur der häutige Theil, der durch das Gewicht der Nase, aber auch durch seine geschwürige innere Fläche eingeknickt ist. Die Nasenlöcher sind mit ihren inneren Enden bedeutend nach abwärts gerückt. Uebler Geruch aus der Nase ziemlich stark. Nach Entfernung der Borken und des Eiters erkennt man die Schleimhaut der flachgestellten Seitenwände

als eine Geschwürsfläche, namentlich aber ist der Nasengrund geschwürig erweicht und entartet. Hier fühlt man auch dicht hinter dem häutigen Septum nach abwarts cariösen Knochen; er gehört dem Processus palatinus oss. maxill. an.

Therapie. Einleitung einer Frictions- und Thermalcur.

Oertlich: Zur Hemmung des Fortschreitens der Knorpelerweichung, alsbaldiges Ausschaben der geschwürigen Flächen mit nachfolgendem intensivem Cauterisiren. Die Abschabung wird ohne Chloroformnarkose mehrere Male wiederholt. Die Heilung geht rasch vor sich. Ein Versuch, das Knochenstück herauszuhebeln gelang nicht. Es hatte sich bereits vorher eine kleine Perforation auf der Mundseite dicht hinter den mittleren Schneidezähnen gebildet. Von der Herausmeisselung wurde wegen dadurch eintretender wahrscheinlicher Vergrösserung der Perforation zunächst abgesehen. Es werden ausser Thermalinjectionen und Jodinhalationen auf den Knochen Injectionen von schwacher Salzsäurelösung verordnet. Bis auf die auf den Knochen führende Stelle erscheint die Schleimhautfläche der Nase innerhalb 3 Wochen geheilt. Patient ist genöthigt, Privatverhältnisse halber nach Hause zu reisen. Er soll dort alle 2 Tage eine Mercureinreibung machen und die locale Behandlung täglich fortsetzen.

Nach 7 Wochen sehe ich den Patienten wieder. Aber welch' verändertes Bild! Auf der äusseren häutigen Nasenseite befinden sich grosse, tiefe Ulcera. Jeder Naseneingang ist von einem breiten, scharfrandigen, auf harter Unterlage sitzenden Geschwür besetzt, das aus der inneren Nase hervorzukommen scheint und auf die Oberlippe übergreift. Ausserdem sitzt auf der Gesichtsseite der rechten Nase nahe der Wangengrenze und dem knöchernen Nasenbeinrande ein trichterförmiges tiefes Ulcus. Die Nase ist noch mehr nach vorne abgeplattet, das häutige Septum ulcerirt. Die Nasenlöcher stehen jetzt so, dass das äussere Ende mehr nach oben, das obere innere noch mehr nach unten gewichen ist, ähnlich der Taubennasenöffnung. Die innere Schleimhaut der Nase, die früher erkrankt war, ist unversehrt. Die Perforationsstelle in den Mund ist sehr klein geworden, die blossliegende Knochenfläche nicht vergrössert, der übrige Nasengrund geheilt, so dass die äusseren Ulcera als neue Eruptionen aufgefasst werden müssen. Die Perforationsöffnung im Munde ist kaum nadelkopfgross, befindet sich dicht hinter den Zähnen und belästigt den Kranken nicht beim Essen.

Therapie. Unter Chloroformnarkose wird die Auslöffelung der Geschwüre und ihrer Unterlage vorgenommen und dann die Flächen cauterisirt. Obzwar bei dieser Procedur da, wo das trichterförmige Geschwür sass, die Nasenschleimhaut perforirt wurde, so heilten die so behandelten Stellen unter gleichzeitiger Anwendung von Umschlägen mit dem warmen Thermalwasser und Inunctionen innerhalb 11 Tage. Da Patient bald nach Hause zurückkehren musste, so wurde die Entfernung des cariösen Knochens auf eine spätere gelegenere Zeit verschoben. Patient soll neben Einführung von Carbolölwatte an die cariöse Stelle und Fortgebrauch von Salzsäurewasser alle 2—3 Tage eine Mercurinunction zu Hause machen.

Er schrieb mir 10 Wochen nachdem, dass er sich sehr wohl fühle, die Abplattung der Nase sei nicht vorgeschritten, im Gegentheil die Schwellung des knorpligen Nasentheils verschwunden und nach dem Ausspruche seines Arztes sei kein Knochen mehr zu fühlen.

VIII. Herr Br...z, 26 Jahre alt, hat sich im Jahre 1872 inficirt; er nahm alsbald Sublimatpillen; zwei Monate nach der Infection allgemeine secundäre Erscheinungen auf Haut und Kopf; er gebrauchte die Pillen weiter, dann 1873 16 Frictionen. Im November 1873 Jodkali wegen Halsaffectionen und Drüsenschwellungen. Kleine Ausschläge kamen und verschwanden, 1875 bildet sich ein grosses Geschwür auf dem Kopfe, dem Nacken und dem rechten Oberarme. Vor einem halben Jahre zeigte sich Schnupfen. Man verordnete Salzwassereinschnaubungen. Patient ging, als 2 Knochen aus der Nase kamen, in ein Krankenhaus, wo eine Jodkali- und Zittmancur eingeleitet wurden. In den ersten Tagen seines Dortseins stürzte die untere (knorpelige) Hälfte der Nase in sich zusammen.

10. April 1876. Stat. praes. Patient ist von stattlichem Körperbau. Das Gesicht ist entstellt durch das Eingesunkensein der unteren Nasenhälfte. Die Nasenspitze erscheint wie zusammen-, und in das Gesicht hinein gedrückt, der knöcherne Theil der Nase bietet demnach eine Vordachung. Die Nasenspitze ist geröthet und geschwollen, der rechte Nasenflügel ist in seiner Mitte eingekerbt, wodurch die entsprechende Nasenöffnung stark verkleinert und ihre Kuppe nach links und oben verschoben ist. Das Knorpelseptum ist durchbrochen, seine Grenzen sind noch ulcerirt, ebenso die Höhlenfläche des rechten Nasenflügels. Man fühlt mit dem Ohrkatheter durch das linke Nasenloch auf dem

Grunde des unteren Nasenganges einen ziemlich langen freiliegenden Knochen. Von rechts kommt man in der Richtung nach den Oss. nasi mit der Sonde auf eine schmerzhafte Stelle. DieOcularinspection ist wegen des engen Gesichtsfeldes sehr erschwert. Im Nacken befindet sich eine fast handtellerförmige Narbe, von harten, dicken Strängen durchzogen; eine ähnliche sitzt oberhalb des rechten Ellbogens.

Therapie. Thermal- und Frictionscur, Cataplasmen abwechselnd mit Empl. hydrarg. auf Nacken und Ellbogen. Injectionen von Thermalwasser mit Zusatz von Jodtinctur in die Nase, Jodinhalationen, Ausschaben und Aetzen der geschwürigen Theile.

Am 16. April gelingt es, aus dem Grunde der Nase ein grosses Knochenstück herauszuhebeln.

Am 20. April. Man fühlt noch in der Tiefe einen länglichen Knochenrand.

Am 25. April suche ich vergebens nach dem blossliegenden Knochen, er ist auch später nicht mehr zu finden. Die Absonderung der Nase hat sich sehr vermindert.

Im weiteren Verlaufe der Cur erscheint der rechte Nasenflügel noch mehr eingeknickt, und wird die rechte Nasenöffnung durch elastische Bougies offen gehalten.

Bis August hat Patient 80 Mercurfrictionen neben den Thermen verbraucht; täglich Jodinhalationen vorgenommen, wonach es zuweilen gelang, das Jod im Harne nachzuweisen. Die Nase sondert wenig ab, Speculum und Sonde ergeben keinen Anhalt für fortbestehende Nasenerkrankung. Die harten Stränge des Nackens haben sich wesentlich verflacht. Patient wird aus der Cur entlassen mit der Vorschrift, sich alle 4 Wochen vorzustellen. Bei einem dieser seiner Besuche fand ich den weichen Gaumen, ebenso die Pharynxwand geschwellt und auf Berührung blutend; sie wurde abgeschabt und geätzt; ausserdem wurde Jodkali innerlich gegeben.

Im Jänner dieses Jahres waren die letzteren Erscheinungen gebessert; der weiche Gaumen wieder normal gefärbt; dagegen war der linke Gaumenbogen theilweise verwachsen mit der Pharynxwand. Auf letzterer sieht man noch einzelne wie Follicularschwellungen. Da sich die Nasenhöhle günstig verhielt, so veranlasste ich den Patienten, die Rhinoplastik vornehmen zu lassen.

Dieselbe wird von Herrn Dr. Bardenheuer in Cöln Anfangs Februar ausgeführt. Herr Dr. B. fand auch die Nasenhöhle frei. Bei

der Operation ergab sich, dass in der That die Nasenknorpel nicht mehr bestanden. Jedenfalls wird Herr Dr. B. über die Operation und ihren Verlauf gelegentlich noch berichten, umsomehr, als heute das Resultat als ein befriedigendes erscheint, namentlich mit Bezug auf Ersatz der fehlenden Knorpelstütze.

IX. Melv. 31 J. alt, unverheirathet, hat sich 1875 Anfangs April inficirt, gebrauchte eine Frictionscur und 24 Sublimatinjectionen. Ende December 15 Gran Protojoduret.

Status praesens am 2. August 1876. Pat. ist sehr abgemagert (Gewicht 115 Pfund), leidet an Bronchialkatarrh, besonders rechts unten Rhonchi; er zeigt die Zeichen sogenannter latenter Syphilis. Oberarmdrüsen und rechtsseitige Nackendrüsen geschwollen; Angina simpl. Coryza. In der rechten Nasenhöhle geht von der Schleimhaut der mittleren Muschel ein Polyp resp. ein rother haselnussgrosser Zapfen nach unten hängend aus, der leicht beweglich ist, dessen Wurzel einen engen Stiel bildet, sich hart anfühlt und empfindlich ist. Hinter demselben schimmert ein scheinbar ähnlicher Zapfen hervor. In der linken Nasenhöhle ist die Schleimhaut der unteren Muschel diffus geschwollen.

Es wird eine Inunctionscur eingeleitet, der Polyp wird am 3. September, nachdem 20 Einreibungen gemacht sind und er keine Veränderung zeigt, mit der galvanocaustischen Schlinge entfernt; die hintere Schwellung wird 5 Tage später galvanocaustisch entfernt.

Den 12. September hat Patient 28 Einreibungen genommen; es bleiben die linksseitige, allerdings weich anzufühlende Cubitaldrüse sowie rechts zwei kleine Oberarmdrüsen bestehen. Dagegen ist seit gestern Bluthusten da. Kein Fieber, keine Herzalteration, dagegen hinten rechts und unten Dämpfung und unbestimmtes Athmen.

Die Frictionen werden ausgesetzt; auf Verordnung von Morphium verschwindet der Bluthusten. Patient erholt sich rasch und tritt eine Woche später die nothwendig gewordene Heimreise mit befriedigendem Resultate an. Seine 4 Wochen nachher eingelaufenen Nachrichten lauten günstig auch in Bezug auf die Lungen.

Die genaue Untersuchung des Polypen ist von Herrn Dr. Sänger vorgenommen. Sein Bericht lautet:

In Alkohol gehärteter Tumor von der Grösse einer Eierbohne, oval, etwas plattgedrückt. Oberfläche mehrfach kleinhöckerig, mit zarten Einkerbungen versehen, welche theils als wirkliche Epithelbuchten theils als Härtungsfalten aufzufassen sind. Farbe im Allgemeinen

schmutzigweiss mit blassrothen und bräunlichen Flecken untermischt. Abtrennungsstelle durch ein braunrothes, festanhaftendes Blutcoagulum gekennzeichnet.

Schnittfläche der quer halbirten kleinen Geschwulst grauweiss, mit zahlreichen gelbrothen Fleckchen bestippt, welche an der Abtrennungsstelle am grössten und dichtesten, von da weiter nach aussen immer spärlicher werden, um sich in einem gleichmässigen grauen Saum ganz zu verlieren. Die Durchmesser an dieser, der breitesten Stelle, betragen 9 auf 6,5 Mm.

An von hier ab durchgelegten mikroskopischen Schnitten erkennt man vor Allem zwèi Verhältnisse. Eine innere um die Abtrennungsstelle, gegen welche hin sämmtliche Gewebselemente des Tumors gravitirend gedacht werden sollen, herumgelegene, gewissermassen einen Kern bildende Zone ist auffällig durch weite, doch nicht sinuöse, noch ihren Inhalt führende Venencapillaren, mit einem bei starker Vergrösserung gerade sichtbaren Intimaepithel. Diese Bluträume, eben jene makroskopischen gelbbraunen Fleckchen, sind gerade so weit, als man sie bei den stärksten Stauungen des oberen Hohlvenensystems zu finden pflegt. Das Zwischengewebe der Bluträume, gleichzeitig deren Wandung ist ein denses fibrilläres Bindegewebe von gestrecktem Faserverlauf, das sich von dem Bindegewebe in cavernösen Tumoren dadurch unterscheidet, dass es keine verschränkten Netze bildet, sowie ganz besonders dadurch, dass es Drüsen, acinöse Schleimdrüsen einschliesst. Die Läppchen dieser letzteren sind räumlich stark beeinträchtigt, wo sie von dem intervasculären Gewebe eingefasst sind, sind undeutlich, zusammengeschoben; die Endbläschen der Acini, deren sich 3—8 und darüber an Zahl finden, sind ovalär, erscheinen seitlich abgeplattet, comprimirt, in mehr minder vorgeschrittener einfacher Atrophie begriffen. An der Ablösungsstelle selbst, wie es scheint, der Matrix des Tumors angehörig gewesen, sieht man grosse, verzweigte, wohlgebildete, keineswegs formveränderte Schleimdrüschen, deren Ausführungsgänge sich im Querschnitt darbieten, also der zurückgebliebenen Schleimhaut zugestrebt haben mussten.

Um diese innere capillarectatische Kernzone, welche fast schroff abschneidet, ist eine äussere Zone schalenartig herumgelegt, welche im Gegensatz zu jener nur sehr wenige, theils quer, theils längs- und schiefgetroffene kleinere Gefässe gemischten Charakters aufweist, deren Lumen geradezu enger, denn normal ist. An Stelle des gleichmässigen

an „Inoblasten« vielleicht etwas reicheren fibrillären Bindegewebes sieht man hier eine verschieden dichte Infiltration von massenhaften kleinen Rundzellen, deren Einzelcharakter sich unter starker Vergrösserung, wie folgt, darbietet: bei einer Grösse von 2—3 Micra (H. I. 9) haben sie fast durchwegs streng runde, nur vereinzelt ovale Gestalt, sind dabei annähernd gleich gross; protoplasmaarm besitzen sie einen einzigen sich kräftig (hämatoxylinblau) färbenden, runden Kern mit oft mehreren als dunklere Punkte wahrnehmbaren Kernkörperchen. An zahlreichen Kernen ist ein Protoplasmahof kaum zu erkennen: diese dürften sonach als freie Kerne angesprochen werden. Zellen und Kerne liegen oft eine an der anderen und doch jede getrennt und für sich in einer äusserst feinen, mehr areolären als gefaserten, bindegewebsartigen Grundsubstanz. Ueberall gleichartig scheinen sie auf der Höhe ihrer Entwicklung zu stehen; keine Spur von entartender Metamorphose mit dem Effect etwa einer Vereiterung, Verkäsung, schleimiger Entartung ihres Lagerortes, aber auch kein Ansatz zu weiterer organisatorischer Bildung; überall und immer die gleichen kleinen Rundzellen.

Die Infiltration dieser nun reicht bis zum Stratum epitheliale, ein mehrschichtiges Cylinderepithel ohne Flimmern, welches zum grössten Theil vollständig erhalten, an einzelnen Stellen jedoch in seiner Ernährung tiefer gestört ist. Die Epithellagen stellen sich hier getrübt, verwaschen dar, es fehlen die obersten Zellreihen oder alle miteinander, so dass eine mikroskopische „Excoriation« besteht. Namentlich sind es die Epithelialbuchten, welche, den Drüsenräumen der polypösen Adenome sehr ähnlich sehend, in Folge der subepithelialen Zellenschoppung in der geschilderten Weise gelitten haben. Hier ist es auch, wo man die Rundzellen, wohl nach vorgängiger Durchbrechung der nicht mehr erkennbaren Basalmembran zwischen die Epithelien selbst eindringen sieht. Sonst umgibt die Infiltration die Gefässe, durchsetzt deren Häute derart, dass die Gefässlumina nur noch von runden Zellen begrenzt sind, sie schiebt sich zwischen die Acini der Schleimdrüsen ein, erfüllt deren Stroma, bringt die Drüsenzellen selbst zur Einschmelzung und kriecht in dünnen Ausläufern das Bindegewebe der capillarectatischen Zone hinauf. Die Adventitia der kleinen Gefässe, die Drüsenausführungsgänge, sowie die Gewebslage unmittelbar unter dem Epithel ist am stärksten infiltrirt. Hier bilden die Rundzellen dichte Wirbel. Das letztere Verhalten der subepithelialen Anhäufung der Rundzellen zeigt sich besonders eigenthümlich an denjenigen Stellen, wo eine Epithel-

bucht, welche oft sehr tief einschneiden, quergetroffen mit ihren radiär gestellten, zum Theil in der geschilderten Weise veränderten Cylinderzellen mitten in einem solchen Zellwirbel liegt.

Je weiter man nun bei successiven Schnitten, die dann natürlich immer kleiner werden, zu dem sich zuspitzenden Ende des Tumors gelangt, desto massiger wird die Zelleinlagerung, desto kleiner und enger die Maschen und Lücken der capillarectatischen Zone, welche dann endlich vollkommen von der Infiltration überdeckt wird. Eine Einengung der Bluträume durch diese letztere überall da, wo sie in so erheblicher Ausdehnung und Fülle bestand, wie in der peripherisch-zelligen Zone erscheint wahrscheinlicher als die Annahme, dass es in dieser überhaupt im vornherein keine ectatischen Gefässe gegeben habe. Die Zellinfiltration, beziehungsweise Proliferation muss als ein secundärer Vorgang aufgefasst werden und weder als ein der Bildung der Geschwulst vorausgehender noch ein mit ihr gleichzeitiger Vorgang. Allem Anscheine nach bestand diese anfänglich aus nichts, denn der faltenartig erhobenen Schleimhaut, aus einer umschriebenen Hypertrophie von deren sämmtlichen Structurelementen, insbesondere der Drüsen. Die hypertrophische Falte[1]) nahm theils durch fortschreitendes actives Wachsthum, theils durch die Zugschwere der in allmälig immer weiter werdende Gefässräume eingeschlossenen und in ihrem Abfluss behinderten Blutmassen nach und nach eine überhängende Lage an und wurde so zur polypösen Hypertrophie.

Dass erst nach deren Zustandekommen die subepitheliale, perivasculäre und periglanduläre (interglanduläre), kleinzellige Wucherung begann, um eine äussere zellige gegen die innere Substration schroff abbrechende Zone zu bilden, das Alter der Hypertrophie gegenüber der Jugend der Zellwucherung wird bewiesen durch die — Specificität dieser letzteren.

Es haben deren Produkte, wie sich aus der früheren Schilderung, wie sich aus einer Vergleichung mit einer zweifellosen Lues des Darmes, welche zur Bekräftigung der Identität angestellt wurde, ergibt und das fast mit absoluter Sicherheit, ganz den Charakter syphilitischer Rund-

---

[1]) Vergl. was Billroth (Ueber den Bau der Schleimpolypen 1855) über den Ursprung gerade der echten Nasenschleimpolypen angibt: „Derselbe ist selten stielartig ausgezogen; ich habe es nie beobachtet, fast immer ist die Insertion mehr breit, so dass diese Polypen durchaus mehr das Gepräge der Schleimhautfalten als von gestielten Geschwülsten an sich tragen.“

zellen. Eine differentielle Scheidung von blosser Eiterung und Abscedirung oder von ordinärer granulativer Wucherung oder von den runden Zellen eines Sarcoms braucht hier nicht ins Einzelne vorgenommen zu werden, da keine der genannten Gewebsaffectionen sich nur irgend ausgeprägt und so in Frage kommend darstellt, das mikroskopische Bild eben nur das der Syphilis ist und zwar das einer einfachen diffusen Infiltration, welche so auf dem Boden einer polypösen Hypertrophie der Nasenschleimhaut als subepitheliale kleinzellig syphilitische Wucherung etwa den Werth einer breiten Schleimpapel, eines Schleimhautcondyloms beanspruchen kann. Die Bildung eines solchen nun benöthigt unter allen Umständen kürzere Zeit für sich, es besitzt ferner eine kürzere Lebensfähigkeit, welche es sich entweder spontan kürzt oder welche es durch Einwirkung sterilisirender Medicate einbüssen würde. Da nun die luetische Zellwucherung — bei secundärer Syphilis, welche hier allein in Betracht kommt — sich also weit rascher bildet als eine Schleimhauthypertrophie, als Gefässectasien, so kann es keinem Zweifel mehr unterliegen, dass jene etwas Accidentelles, Hinzugetretenes, diese die primäre Affection vorstellt, gleichgiltig ob die luetische Proliferation von der polypösen Ausstülpung auch auf die benachbarte Schleimhaut übergehe oder nicht, was hier nicht entschieden werden kann.

Vielleicht ist man berechtigt sich vorzustellen, dass, wäre der Ausbreitung der zelligen Umformung nicht durch die Operation ein Damm gesetzt worden, die polypöse Hypertrophie sich allmälig vollständig in eine Art »Syphiloma polyposum« umgewandelt hätte.

X. A. N. Ma-f, 43 Jahre alt, inficirte sich October 1872. Ende November zeigten sich die Erscheinungen allgemeiner Syphilis in Gestalt von Erythema syphiliticum und von Papeln, welche nach 45 Frictionen verschwanden. Ende April 1873 recidivirte die Krankheit in derselben Form. Sublimatinjectionen. Bis Sommer 1875 recidivirte die Krankheit acht mal. Es wurden Sublimatinjectionen und darauf Natrium jodatum jedesmal gebraucht. Schon im Herbste trat Schnupfen auf, der trotz fortgesetzten Jodgebrauches und Nasendouche mit dem Verluste kleiner Knochenpartikelchen einherging.

15. Juli. Stat. praes. Patient sieht anämisch und abgemagert aus, bietet ausser einigen kleinen Cervicaldrüsen nirgendwo Zeichen latenter Syphilis. Die äussere Nasengestaltung zeigt an der Grenze des Knochens und Knorpels eine leise Einsenkung. Die innere Naseninspection ergibt einen grossen Substanzverlust des Septums. Die rechte der äussern

Wand angehörige Schleimhaut ist ulcerirt; die Schleimhaut sieht ausserdem allenthalben sammtartig gequellt aus. Es stehen noch Rudimente der unteren Muscheln. In der Höhe der Nasenhöhle schimmert inmitten aus gesättigtrother Schleimhaut ein schwarzer Punkt hervor, derselbe gehört einem nadelförmig langen Sequester an, der leicht entfernt wird. In der linken Nasenhöhle fallen noch einige klein-kirschförmige Schleimhautexcrescenzen auf, hinter denselben lässt sich keine Caries auffinden. Kein objectiv übler Geruch.

Therapie. Frictions- und Thermalcur. Jodinhalationen. Chlorkaliausspritzungen. Aetzungen der ulcerösen Stellen. Am 1. August werden die links und oben sitzenden Schleimhautwucherungen mit dem scharfen Löffel zu entfernen gesucht. Es entsteht eine trotz Eiswasserinjectionen lange andauernde Nachblutung, welche die Tamponade nöthig macht.

14. August. Patient hat innerhalb zweier Monate 40 Frictionen gemacht und die locale Therapie unter genauer Ueberwachung des Rhinoskops angewandt. Er klagt in letzter Zeit über Kopfschmerz und stinkenden Geruch, der ihn selbst sehr häufig belästigt, während man objectiv nichts riecht. Heute wird als Grund dieser subjectiven Kakosmie aus dem Nasengrunde, der rhinoskopisch nicht zu übersehen ist, da sich ein kleiner Spiegel nicht in die Nasenhöhle hineinbringen lässt, eine schwarze münzförmige Gewebsmasse entfernt. An ihrer Stelle fühlt jetzt die Sonde dicht hinter dem vorderen freien Ende des Septums freiliegenden Knochen, dem Process. palatinus oss. maxill sup. angehörig. Links an der äussern Wand hängen wieder mehrere längliche, am Ende abgerundete Schleimhautzapfen; da sie als Reste der früheren in Folge der Abschabung noch wund sind, werden sie wiederholt geätzt.

Die Inunctionen werden alle 2 Tage abwechselnd mit Jodkali innerlich vorgenommen. Es wird täglich der freiliegende Knochen untersucht, und es gelingt am 24. August unter denselben zu kommen und heble ich ein 5 Ctm. langes und 3 Ctm. breites Knochenstück heraus.

Am 25. August wird die Stelle, wo der Knochen sass, ausgeschabt, ebenso ein noch zu fühlender freier Knochenrand.

Am 30. August. Man fühlt im Grunde keinen Knochen mehr; dagegen fühlt man im Hintergrunde eine dem Siebbein angehörige biegsame Knochenlamelle, die extrahirt wird.

11. September. In der linken Nasenhöhle befinden sich 3 polypöse Excrescenzen. Ein grösserer vorderer, sowie ein kleiner länglicher,

von oben herab hängender werden heute in Einer Sitzung galvanocaustisch entfernt, der dritte tief hinten und oben sitzende wird einige Tage später wegen erschwerter Zugänglichkeit theilweise entfernt, der Stumpf wird galvanocaustisch verbrannt.

23. September. Es sind heute 60 Frictionen gemacht; das Allgemeinbefinden ist gut, der üble Geruch verschwunden; Patient nimmt über den andern Tag Thermaldampfbäder.

Die linke Nasenhöhlenseitenwand wird, da sie stellenweise noch rauh ist und stark absondert, abgeschabt und geätzt. Von dem frühern grossen, tief hinten sitzenden Polypen ist nichts mehr zu sehen, dagegen zwängt sich mehr vorne von hoch oben, da, wo früher der lange Polyp entfernt wurde, eine Fleischmasse vor.

Dieselbe wird mit der galvanocaustischen Schlinge entfernt.

Man findet jetzt die Nasenhöhle frei, das heisst ein grosser Theil des Septums und der unteren Muscheln fehlt, der vordere häutige stehen gebliebene Theil des Septums ragt nach hinten frei als Wulst in die Nasenhöhle; obschon derselbe nicht vollkommen glatt erscheint, ist er nicht mit Schleim bedeckt. Durch das rechte Nasenloch sieht man durch die Perforation des Septums tief hinten nach links, wo früher der grosse Polyp sass; hier ist die Höhle auch frei. Mehr rechts hinter dem angegebenen Wulst des Septums kommt man nach unten mit gebogener Sonde in eine Mulde, (woraus vor mehreren Wochen das Knochenstück entfernt wurde) und entfernt noch etwas Eiter. Da sich die Fläche uneben anfühlt, wird die Oberfläche nochmals abgeschabt.

2. October. Man fühlt jetzt auf dem Grunde dieser Mulde mehr fibröse harte geriffte Stränge, über welche die Sonde knirschend gleitet. Knochen ist bei umsichtigster Untersuchung nicht zu fühlen. Der Krankheitsprocess der Nase scheint abgelaufen. Die Form der Nase hat seit Beginn der Cur in keiner Weise gelitten.

Patient verlässt die hiesige Cur mit der Verordnung, zu Hause Chlorkaliinjectionen zu machen und während des Winters mit Carbolöl befeuchtete Wattepfropfen in den rechten Nasengrund zu legen.

Die entfernten Geschwülste sind von Herrn Dr. Sänger mikroskopisch untersucht. Leider sind die entfernten Knochentheile nicht aufbewahrt worden. Sein Bericht lautet:

Die Präparate von Fall X bestehen aus 3 Stück, einem kleinbohnengrossen Geschwülstchen 9·5 : 5 Mm. Schnittflächendurchmesser, einem

bohnenförmigen solchen etwa 7 : 4 Mm. im Durchmesser, endlich einem noch kleineren Stückchen ungefähr von der Gestalt eines Aryknorpels von etwa 4 Mm. Höhe und 2 Mm. Breite.

Das grösste gleich als „Geschwülstchen“ bezeichnete Präparat besitzt einen tieferen Einschnitt und eine grosse Anzahl feinster vielfach parallel gestellter Einbuchtungen und Ritzen. Die breite Abtrennungsfläche desselben mit ihren festen, bräunlichen, feinzackigen Blutgerinnseln ist von einem niedrigen Gewebswall umgeben und erscheint dadurch etwas vertieft.

Die Schnittfläche zeigt so bunte Farben in Gelb, Roth und Braun, dass sie dem Aussehen eines Sinapismus gleicht, die mikroskopische Untersuchung ergibt einen dem Fall Melv. (IX.) ähnlichen Verhalt. Auch hier handelt es sich zunächst um eine polypoide Hypertrophie der Schleimhäute, welche aber noch in der Zunahme begriffen ist, während sie bei jenem einen Stillstand erfuhr. Ihr gesellt sich ein syphilitischer Infiltrationsprocess zu, welcher zur Zeit der operativen Entfernung noch nicht sehr fortgeschritten war. Zwar nahmen alle Bestandtheile der Schleimhaut an dem Bildungsübermass Theil, am meisten aber das Bindegewebe und die von ihm begrenzten Capillarendothelrohre. Diese reichen als stark ausgeweitete Sinus, deren Inhalt durch Quetschung vielfach austrat und in grosse Strecken des Präparats imbibirt wurde, bis an das Stratum epitheliale heran, werden nur an den der Abtrennungsstelle nahe gelegenen Abschnitten der Peripherie durch Rundzelleninfiltration umgrenzt und vom Epithelrande abgedrängt.

Von früheren (spontanen?) Blutungen herrührend liegt allerorten körniges Haematoidin in den Bindegewebsendothelien selbst oder anscheinend frei in Bindegewebsspalten. Die Gefässe (es finden sich auch einige kleine Arterien und Venen, mit mächtiger etwas gefalteter Intima und sehr engem Lumen, mit dünner Media und ungemein breiter Adventitia) nehmen den meisten Raum ein im Präparat, nächst ihnen das an Inoblasten ungemein reiche Bindegewebe.

Die an das Endothel der Capillaren stossenden Ringschichten des Adventitialgewebes sind besonders reich an solchen, Beweis, dass von der Gefässinnenwand her ein der Bindegewebsvermehrung wie der Capillarectasie förderlicher Einfluss wirksam sein musste.

Betrachtet man im Anschluss hieran die Art des gefässectasirenden Vorganges etwas genauer, so ergibt sich, dass dieser hauptsächlich aus 2 Einflüssen resultirt:

a) aus einem mechanischen, dem activen Druck der Blutsäule auf die Gefässwand, die man sich im geringen Grade elastisch, auf keinen Fall contractil, jedenfalls wegen beständiger Schwankung der Füllungsmenge und Füllungsdruckes in ihrer Beziehung zur Weite des Lumens variabel zu denken hat.

b) aus einem Wachsthumsvorgange von zwei Componenten: einer Neubildung deckender Epithelien durch Theilung, einer von innen nach aussen fortschreitenden Neubildung von jungem Bindegewebe mit schliesslicher Resultante einer Verdickung der Adventitialscheide, deren fibrilläre Lamellensysteme die gleichen benachbarten Gefässe in einer so regelmässigen Weise begrenzen, dass man an die Lamellensysteme compacter Knochen erinnert wird.

Die Anordnung des Bindegewebes muss sonach hauptsächlich durch die Capillarbahnen bedingt sein, da dieses eben fast nur Adventitialgewebe ist. Bemerkenswerth ist der so reiche Gehalt desselben an Inoblasten, während von einem Nachschub granulativer Rundzellen, sei es vereinzelt, oder zu Hauf, Nichts erblickt wird.

Was die Drüsen anlangt, so sind sie relativ klein und reichen nicht tief in das wachsende Bindegewebe hinein, sondern umsäumen als Kranz von Acinis das subepitheliale Lager.

Das Epithel, bis zu 15 Schichten haltend, flimmerlos, ist überall intact, wegen seiner Dicke aber als gewuchert anzusehen, ähnlich wie bei den Schleimpapeln.

Das Bisherige gilt für diejenigen Strecken der Schnitte, in denen eine Infiltration fehlte. Diese selbst setzt ganz andere Bilder, die verworren werden, nicht nur durch Massenhaftigkeit des Rundzelleninfiltrats, sondern auch durch Concurrenz des bloss wachsenden Bindegewebes mit einer sehr bedeutenden reinen Spindelzellenwucherung, als deren Ausgangspunkt das Periost eines Knochenbälkchens gelten muss, welch' letzteres bis auf wenige inmitten des Querschnittes gelegene winzige Reste geschwunden ist. Um diese in Auflösung begriffenen Knochenblättchen herum — es sind ihrer 2, von etwa 1 □Ctm. Bildgrösse, das eine länglich, das andere herzförmig — befinden sich in der grössten Dichtigkeit eine Spindelzelle an der anderen; diese bilden um jene eine Art Band, welches die Blättchen mit ihren trotz einiger Osteoblasten fast glatten Contouren innig umgibt, strahlen dann in die Umgebung aus, umringen eine Anzahl Gefässe und stossen dann mit der Rundzelleninfiltration zusammen, welche von der Abtrennungs-

stelle an zu beiden Seiten die Peripherie entlang zieht, um die Mitte des Querschnittes der Abtrennungsstelle gegenüber fast völlig frei zu lassen. Wäre auch diese mitinfiltrirt, so bestünde ganz dasselbe Bild wie im Fall IX, wo die Infiltration eine continuirliche Zone darstellt, während sie hier nur die Seitenpartien in ihren sämmtlichen subepithelialen Gewebselementen: Drüsen, Gefässwände, Bindegewebe, aber das in mächtiger Weise einnimmt. Wahrscheinlich war die Infiltration des Polypoids allmälig von dessen Matrix herübergekrochen, da sie neben der Abrisstelle am dichtesten ist, und je weiter ab von dieser immer spärlicher wird. Jedenfalls war die nach und nach weiterschreitende Incellulirung auch der Mittelpartie mit jener Infiltration determinirt. Der Charakter derselben ist ganz derselbe wie im Fall Melv., nur sind hier noch reichlicher freie Kerne vorhanden.

Die Rundzellen sind, wie erwähnt, vielfach untermischt mit Spindelzellen: der Annahme, dass diese allda aus jenen hervorgegangen seien, ist hauptsächlich der innige Zusammenhang entgegen, welchen die dichten Spindelzellwirbel um die beiden in Aufsaugung begriffenen Knochenblättchen mit ihnen besitzen, sowie der Umstand, dass da, wo die Rundzellen keinen Contact mit den Spindelzellen haben, welche überhaupt in ihrem Vorkommen geradezu einen Herd bilden, dass da auch keine einzige Spindelzelle angetroffen wird.

Freilich sind beide Zellgattungen auf dem Boden der gleichen Erkrankung entsprossen: die Spindelzellen sind höher organisirte Produkte einer granulirenden luetischen Periostitis, die in eine »Caries occlusa« ausgeartet war mit successiver Zerstörung des Knochens und gleichzeitiger Besetzung der Breschen durch die Granulationszellen. Die Rundzellen mit ihren Kernen wurden aus den Weichtheilen heraus proliferirt und zeigen sich sämmtlich als stabile, ihre Form und augenblickliche Qualität einhaltende Zellen. In der freien Mittelpartie, in welcher aber auch schon Depots der letzteren eingestreut sind, spielte sich daneben der nicht specifische Akt einer einfachen Bindegewebsvermehrung ab, welche dem Wachsthum der hypertrophischen Schleimhaut dient. An jenen Depots ist hübsch zu sehen, wie die schon beschriebene Spindelzellbildung der Capillaren von innen nach aussen vorschreitet, während die Rundzellinfiltration von aussen gegen die Lumina zustrebt.

Zusammengefasst würde die anatomische Diagnose etwa lauten: Noch wachsende Hypertrophie der Schleimhaut über einem durch Peri-

ostitis granulosa und Caries sicca luetica bis auf kleine Reste untergegangenen Knöchelchen, vermuthlich einer Muschel, reichliches, sich noch vermehrendes Spindelzelgewebe an Stelle des ehemaligen Knochens und in dessen einstiger Umgebung diffuse luetische Rundzellinfiltration einiger Sectoren der hypertrophischen Plaque.

Der Querschnitt des zweiten Präparates stellt ungefähr ein Viereck dar, von dem drei Seiten mit Epithel bekleidet sind, während die vierte gewissermassen offen, in ihrer Mitte zwei mehrspanige Knochenbälkchen eintreten lässt. Das dieselben umgebende und bis zu dem stellenweise abgeplatteten und dicht mit Schleim belegten Epithel heranreichende Gewebe ist wiederum eine hypertrophirende Schleimhaut, welche an einzelnen scharf umschriebenen Partien gar nicht infiltrirt ist und hier eingeschlossen in Fächer von gewöhnlichem fibrillärem Bindegewebe ein dem myxomatösen ähnliches, weisses, areoläres Gewebe besitzt, in anderen Partien aber ausserordentlich stark von grosskernigen Rundzellen, besonders aber von freien Kernen durchsetzt ist. Einzelne Drüsen der im Ganzen als schwach hypertrophisch zu betrachtenden Schleimhaut zeigen Ansatz zu cystöser Erweiterung. Sehr weite Gefässe (Capillaren) stossen an solche mit einem ungemein engen Lumen, mit spindelzellreicher, gefalteter Intima, dünner Media und mächtigen Adventitialscheiden (Arterien), welche, wie auch das Stroma der infiltrirten Drüsen sehr reich an ebensolchen Spindelzellen sind.

Gegen die Knochenbälkchen zu nehmen diese immer mehr zu, durchkreuzen sich in Zügen nach allen Richtungen, umschlingen aber mit Vorliebe die Capillaren und kleinen Arterien, den wichtigsten Bestand aber machen sie aus für die Knochenbälkchen. Diese gehen, in die Weichtheile gemeinschaftlich eingetreten, alsbald wieder auseinander und bilden ungefähr 2 gegen sich geneigte Bögen, zwischen welchen sich theils jenes eigenthümliche, weisse Gewebe, theils Rundzellhaufen und vor allem Spindelzellgänge sich befinden. Die Bögen sind von der bekannten Hirschgeweihgestalt, indem sie zu beiden Seiten besonders oben auf der einander zugeneigten Seite, kleinere Bälkchen abgeben von denen nur wenige sich zu wirklichen spongiösen Arcaden, enthaltend ein gemischt, rund- und spindelzelliges Granulationsgewebe zusammenfliessen. Die Bälkchen sind nicht glatt, sondern sind vielfach angenagt, zerfressen, zeigen die schönsten Howship'schen Lacunen mit sehr zahlreichen Riesenzellen von 3—10 und mehr Kernen, Osteoclasten.

Diese liegen theils unmittelbar an den sich auffasernden und spaltenden Knochenblättchen mit ihren in vergrösserten, hellen, nicht mehr sternförmigen Höhlen befindlichen atrophischen Knochenzellen, theils liegen sie etwas entfernt mitten unter Spindelzellen. Dies machen die Hauptmasse der Gewebe aus, welche die in Schwund begriffenen Knochenbälkchen umgeben und folgen allen Unregelmässigkeiten der ausgefressenen Ränder auf das genaueste, indem sie dabei schief gegen die Längsaxe des betreffenden Bälkchens gerichtet sind. In ihrer eigenthümlichen Anordnung in winkeligen Zügen machen sie den Eindruck als ob sie überall, wo sie sich dergestalt finden, an Stelle von dort untergegangenen Knochenmassen gerückt wären. Gesichert wird diese Annahme durch den Befund ganz kleiner Reste von Knochen, welche ganz ohne Zusammenhang mit den übrigen, ja weit getrennt von diesen mitten in Spindelzellen liegen.

Aus den Osteoclasten scheinen direct Spindelzellen hervorzugehen, derart, dass die Kerne der osteoclastischen Riesenzellen eine gewisse Menge des Protoplasmas um sich centriren, an der Grenze dieser Blastembezirke verdichtete sich das Protoplasma, es bildeten sich ebenso viele Ovalär- und darnach Spindelzellen, als Kerne vorhanden waren. Man findet in der Nähe der Lacunen Bilder, welche eine solche Erklärung zulassen: concentrisch umeinander gelegte ovale und spindelige Zellen bilden Häufchen gerade von der Grösse der Osteoclasten. Diese schalenförmig umeinander gelegten Zellen scheinen darnach eine andere, die gewöhnliche Lagerung der übrigen, anzunehmen. Man sieht viele Spindelzellen in der Nähe der Lacunen mit weit grösseren ovalen Kernen als die übrigen: vermuthlich sind dies ehemalige Kerne von Osteoclasten.

Der ganze Process dieser „fusiformen Umwandlung des Knochens“ wird mit seinem Beginne in das Periost zu verlegen sein, wo er als granulös-luetische Periostitis einsetzend, allmälig zur granulös-luetischen Ostitis, zur Caries sicca und, weil sub tegumine mucosae Caries occlusa wurde, die ihn bis auf wenige Bälkchen zerstörte. Nebenher gingen in der Schleimhaut hypertrophirende und syphilitisch-infiltrative anderweitige Processe.

Präparat 3 ist unwichtig, es scheint ein stark gequetschtes, in Folge dessen durch und durch blutig imbibirtes und kleinzellig infiltrirtes Stück gewöhnlicher oder allenfalls vielleicht auch hypertrophischer Schleimhaut darzustellen.

XI. W. Ra-m, 38 Jahre alt, unverheiratet, hat sich 1872 inficirt. 1875 machte er wegen Erkrankung der Nase 70 Frictionen à 4 Gram., es gingen während dessen zwei Knochen ab. Im Winter traten am Rande des linken Nasenflügels Ulcerationen auf, die auf energische Aetzungen heilten.

2. Juni 1876. Stat. praes. Patient eher abgemagert, zeigt längs dem Rande der linken Nasenöffnung eingezackte Substanzverluste, die aber nirgendwo Härte oder Wundsein zurückgelassen haben. Man findet keine allgemeinen Zeichen der Syphilis. Die rechte Nasenhöhle ist gesund. In der linken sieht man hinten und oben eine runde geröthete Schleimhauthervorragung, bei Untersuchung mit der Sonde blutet es sofort. Die Sonde längs der Schwellung dem Oberkiefer zu nach oben eingehend, stösst auf eine engumschriebene glatte Knochenfläche.

Therapie. Da mir meine Jodinhalationen die Granulationsbildung freiliegender Nasenknochen zu fördern schienen, so wurden dieselben neben den Thermen verordnet, sie werden während 6 Wochen gemacht; in den letzten 4 Wochen fühlt man den Knochen nicht mehr so deutlich blossliegend, stösst aber noch immer auf eine harte leicht blutende Stelle; auch besteht die polypöse Schleimhautschwellung fort, die wie eine kleine Kirsche aussieht; dieselbe wird am 5. August mit dem scharfen Löffel entfernt, gleichzeitig mit ihr wird ein dahinter liegendes Knochenstück abgerissen. Es entsteht in der Nase eine profuse Nachblutung, die auf Secale cornutum-Einspritzung längs der Nase nicht steht, dagegen durch einen kleinen Tampon von Eisenchloridwatte, bei guter Beleuchtung an die blutende Stelle gedrängt, endlich gestillt wird.

11. August besteht noch eine wunde Stelle, die heute cauterisirt wird. Leberthran innerlich.

16. August. Man fühlt keinen Knochen, die Schleimhaut auf Berührung noch leicht blutend. Wiederholte Aetzung.

1. September. Es haben sich von oben kleine Fleischwärzchen gebildet; wahrscheinlich in Folge Verletzung dieser Parthien während der Auslöffelung; dieselben werden mit einem kleinen Löffel entfernt, die wunden Stellen geätzt; dagegen ist die zuerst krank befundene Stelle verheilt.

9. September. Patient beendet seine Cur mit gutem Resultate. Es werden Salzinjectionen und das Tragen von Wattebäuschen während des Winters empfohlen. Die geringen aufbewahrten Massen sind von Herrn Dr. Sänger untersucht und wie folgt, von ihm beschrieben:

Abermals zeigt sich der so häufig wiederkehrende Vorfund, dass kleine Knochenbälkchen von einer wegen ihrer relativen Festigkeit und ihrem homogenen Gefüge im vornherein als infiltrirt geltenden Schleimhaut umhüllt sind, wie an dem einen etwa quadratcentimetergrossen Präparat dieses Falles; es zeigt sich auch wieder der andere Verhalt, dass eine vielfach gefältelte Schleimhaut den auf der einen Seite glatten, anscheinend blossliegenden Knochen überzieht, welcher indess keineswegs nekrotisch ist, sondern eben noch von einem äusserst feinen Häutchen organisirter Substanz bedeckt ist, die ihm fast das Aussehen von Knorpel gibt. Ein frei in der Conservirungsflüssigkeit schwimmendes drittes Stück, doppelt so gross wie ein Weizenkorn mit fehlenden Spitzen, gekerbt und mehrfach angerissen, über dessen Zusammenhang mit den übrigen sich nichts mehr aussagen lässt, werde zuerst erwähnt, da es geweblich gut charakterisirt ist als echt luetische Bildung, als ein kleines Syphilom, ein Geschwülstchen durchgehends aufgebaut aus den gewöhnlichen syphilitischen Rundzellen sehr kleinen Spindelzellzügen und einer Unmasse protoplasmaloser Kerne, welche in ein prägnant deutliches areoläres Grundgewebe eingebettet sind. Ein Epithel fehlt vollkommen, ebenso Drüsen: es kann sich also nicht um eine blosse Infiltration handeln, sondern nur um geschwulstartig auftretende syphilitische Wucherung, welche jene Elemente ersetzte. Die Bildung ist durchzogen von mässig reichlichen, ziemlich weiten Capillaren, deren Lumen von einer einfachen Lage spindeliger Endothelien begrenzt ist, die sogleich an die luetische Zellmasse stösst. Ausserdem ist noch vielfach körniges Hämatoidin vorhanden.

Das makroskopisch beschriebene erste Präparat verhält sich mikroskopisch folgendermassen.

Ein U-förmig gebogenes Knochenbälkchen gibt gegen die concave Oeffnung hin eine Anzahl von kleinen Spangen ab, die sich zu einer oder zwei Arcaden zusammenschliessen, oder auch freie Zacken bilden, welche entweder von den Arcaden oder von dem Knochenbälkchen selbst abgehen. Durch verschiedenartige Färbung, einen stärkeren, die mittleren Lamellen der Bälkchen, einen blasseren, die äusseren einnehmend, sowie durch den Umstand, dass die blasseren Partien ganz andere Knochenkörper besitzen, viel grössere, mehr rundliche, mit spärlicheren, aber desto kräftigeren Ausläufern versehenen, weit zahlreicheren; durch all' dies ist ersichtlich, dass hier Knochenmasse eingelagert wurde. Während die convexe Seite des U-förmigen

Bälkchens, welche eine besonders breite Anlagerung aufweist, dabei ziemlich scharfe und platte Contour darbietet, sieht man einzelne der spongiösen Spangen und Zacken auf der concaven Seite ausgenagt in Gestalt der Howship'schen Lacunen. So walteten denn hier sowohl osteoblastische wie osteorareficirende Processe neben einander ob und böten damit das für die grösseren Knochen so wohl bekannte Bild der luetischen Knochenentzündung dar, wie sie einhergeht unter Proliferation eines Granulationsgewebes, das ebensowohl die osteoblastischen wie die osteoclastischen Elemente zu liefern bereit ist. Ueberall sind die Knochentheile umzogen von einem Bande aus dicht gefügten Rund- und besonders Spindelzellen von ungemeiner Grösse und Saftigkeit, welche auch die von den Arcaden gebildeten Markräume vollständig ausfüllen, und welche von jenen in verschlungenen Zügen gegen die in mässigem Grade rundzellig infiltrirte Schleimhaut ausstrahlend sich in hier befindlichen Blutherden verlieren oder da versprengte, lacunär tief ausgenagte Knochenstückchen umzingeln. Die den glatt gebliebenen spongiösen Bälkchen innig anliegende Schicht von grossen granulativen Zellen ist als osteoblastische Schicht anzusehen, welche direct in Knochensubstanz übergeht, wogegen die in die Lacunen völlig regellos eingelagerten Zellen, unter denen man einzelne Riesenzellen bemerkt, als Osteoclasten fungiren. Diese bilden hiebei Gruppirungen, welche sie geradezu als die Schatten der zerstörten soliden Knochenbälkchen erscheinen lassen, so sehr tragen sie als durch anders gerichtete Spindelzellzüge begrenzte, zellige Bälkchen die geschwungenen Formen der ehemaligen knöchernen Bälkchen.

Das Epithel der im Ganzen wenig infiltrirten Schleimhaut, wenn man von der aus dem Periost hervorgegangenen Hauptmasse der Spindelzellen absehen will, als mehr dem Knochen wie der eigentlichen Schleimhaut angehörig, zieht an einer Stelle ganz nahe über dem Knochen hinweg, ohne dass die subepitheliale Schicht darum stärker infiltrirt wäre als anderswo!!

Mehr wie bei den anderen Fällen ist übrigens von diesem zu beklagen, dass die »Objecte« durch die nothwendigen operativen Insulte so sehr leiden, dass namentlich die Blutergüsse die Untersuchung so sehr erschweren. Es wird eben deshalb, weil er mit jenen Eingriffen die für ihn den Präparaten angethane »Insulte« sind, rechnen muss, dem Anatomen auch erlaubt sein, diese daraufhin anzusehen. So trägt das dritte Präparat, dessen Besprechung noch erübrigt, eine glatte

Knochenfläche, indess liegt der Knochen nicht bloss wie ein necrotischer Sequester, sondern er ist noch überzogen von einer dünnen in lebhafter Granulation begriffenen Periostlage, deren innerste Zellreihe wieder die Function von Osteoblasten verrichtet, während sie nach aussen an Blutgerinnsel stösst. Dies kann nur durch ein scharfes, die Weichtheile ablösendes Instrument, wie etwa den scharfen Löffel bewirkt worden sein.

Die Apposition von Knochenmasse und die gleichzeitige Resorption solcher, welche ebensowohl die schon bestehenden wie die erst apponirten Massen betrifft, geht hier in einer gleichmässigeren Weise vor sich, derart, dass an der eben beschriebenen Fläche sowie in den Markräumen, welche mit Spindel- und Rundzellen angefüllt sind, die osteoplastischen Processe vorwalten, während gegen die intacte und wie gewöhnlich infiltrirte Schleimhaut zu die rareficirenden Vorgänge präponderiren und der Knochen hier eine stärkere Zernagung darbietet.

Es ist begreiflich, wie durch solche Entzündungen der Knochen, in denen die Knochenneubildung die Knochenaufsaugung überwiegt, Verdickungen der Schleimhaut vorgetäuscht werden, welche auf Rechnung des Knochens gesetzt werden müssen. Versuche die Schleimhaut zu „sterilisiren«, zu verdünnen, werden zwar diese Effecte haben in solchen Fällen, werden aber vielleicht die Knochenneubildung anregen und so den »luftschaffenden« Eingriff vereiteln.

Bemerkenswerth ist noch das Fehlen jeglicher Eiterung, des Austritts von Leucoblasten aus dem Blute; immer handelt es sich um die langsamen, schleichenden desmoiden Entzündungsprocesse.

XII. Berg-d, 38 Jahre, hat sich 1873 inficirt, wurde in demselben Jahre wegen Roseola, 1874 wegen Halsaffection mit Mercur behandelt. Um dieselbe Zeit begann auch schon die Nase zu erkranken. 1875 im Frühjahr gebrauchte er wegen Eiterung der Nase 60 Einreibungen, im August desselben Jahres in Aachen noch 45 Einreibungen ohne Erfolg; zu Hause gebrauchte er Jodkali nebst Sarsaparille und Injectionen. Der Kranke kehrte 1876 wieder nach Aachen zurück und hat bereits hierselbst 70 Frictionen gebraucht, als er sich mir zum ersten Male vorstellte am 1. August.

Patient ist von athletischem Körperbau, man findet eine rechtseitige Halsdrüse geschwollen, sonst keine allgemeinen Zeichen der Syphilis. Dagegen ist die Schleimhaut der linken Nasenhöhle, so weit man sie mittelst des Rhinoskops übersehen kann, ulcerirt; beim Aus-

schnaufen kommen mit Blut vermischte Gewebspartikel zum Vorschein, auch ist die Nasenwunde mit solchen bekleidet. In der Mitte ist die Nasenhöhle wie verstopft. Man findet mit der Sonde keinen blossliegenden Knochen. Kein übler Geruch aus der Nase. Es werden täglich 4—6 Taschentücher verbraucht. Es wird am 4. August unter Chloroformnarcose die Auslöffelung vorgenommen. Nach derselben findet man die Nasenscheidewand durchbohrt. Patient macht Jodeinathmungen und Chlorkaliinjectionen.

14. August. Der Naseneingang ist zwar freier, aber an der Perforationsstelle befindet sich an ihrer unteren und hinteren Begrenzung eine die Muschelschleimhaut berührende Anschwellung. Dieselbe wird am 16. August ausgelöffelt und geätzt; ein nach unten von der Oeffnung befindliches kleines Knochenstück wird entfernt. — 19. August. In der rechten Nasenhöhle ragt eine Kante der die Perforationsöffnung hier begrenzenden Schleimhaut ulcerös vor. Aetzung derselben.

20. August. Die linke Nasenhöhle bedeutend besser. Wegen leichter Blutung der granulirenden Flächen werden dieselben in ihrer ganzen Ausdehnung mit Lapis geätzt. Kein Knochen zu fühlen.

24. August. Links ist die Umgebung der Perforation noch ulcerirt und sondert blutige Fetzen ab. Der hintere Theil der Oeffnung ist noch geschwollen und berührt die äussere Nasenwand. Der untere Nasengang ist frei und geheilt.

1. Septemb. Abschabung der Schleimhautverdickung mit nachfolgender Aetzung. Trotz nach einigen Tagen vorgenommener Galvanocaustik bleibt Verdickung der noch wunden Nasenflächen. Die Galvanocaustik wird wiederholt. Vom 14. Sept. ab wird der Nasengang freier. Taschentuchverbrauch wieder normal.

Am 16. September sieht man die Flächen von einander entfernt, einen freien Spalt; beide Flächen sind uneben, aber rein. Dagegen fühlt man mit der Sonde tief hinten ein grosses, blossliegendes Knochenstück. Ich suche dasselbe mit einem länglichen Löffel abzubrechen; es zeigt sich beweglich. Schmerz und starke Blutung veranlassen Verschiebung der Entfernung auf morgen.

17. Sept. Unmöglich irgendwo Knochen zu finden, trotz eifrigen Suchens mit Knopfsonde und Ohrkatheter, so dass keine andere Annahme übrig bleibt, als dass das Knochenstück verschluckt worden ist.

20. Sept. Die Nasenwände stehen schön von einander, jedoch besteht noch rauhe, unregelmässige Beschaffenheit derselben. Nochma-

lige Galvanocaustik. — 22. Sept. Nase heute kaum noch gereizt. Patient fühlt sich jetzt viel gesunder und muthiger.

27. Sept. Am unteren Rande der Perforationsöffnung ist noch eine Anschwellung, welche galvanocaustisch weggebrannt wird.

2. October. Der untere Rand fast geebnet, aber mit Eiter bedeckt. Aetzung mit Lapis.

6. Octob. Der Nasengang frei, fast ohne abnorme Absonderung. Die Wände stehen bis in die Tiefe schön frei von einander; wegen dünner Krustenbildung längs dem unteren Rande der Perforationsöffnung wird neben Injectionen mit Chlorkalilösung das Einführen von einem mit Carbolöl befeuchteten Wattetampon empfohlen und Patient aus der Behandlung entlassen. — Die von Herrn Dr. Sänger vorgenommene anatomische Untersuchung der bei der ersten Auslöffelung gesammelten Producte ergibt Folgendes:

Es liegen vor drei ungefähr quadratische Knorpelstückchen, das grösste kaum 4 Mm. im Geviert, sämmtlich 1 Mm. dick. Die Beschaffenheit des Knorpels ist die eines hyalinen von bedeutendem Reichthum an Zellen, welche am Rande klein sind und vereinzelt wie in Fächern liegen, gegen die Mitte zu aber immer grösser werden, zu Vieren bis Sechsen in Parallel-Reihen gestellt sind und so dicke Kapseln besitzen, dass es scheint, als ob die Grundsubstanz reticulirt wäre. Die letztere ist stellenweise fein aufgefasert. Ein bindegewebiges Perichondrium ist nicht vorhanden. An einem der Knorpelstückchen sitzt da, wo es vermuthlich ausgebrochen wurde, ein kleines Blutgerinnsel. Der einzige Anhaltspunkt für die Annahme einer pathologischen Störung, vielleicht einer schleichenden Knorpelentzündung, mit dem Effect einer Verdickung des Knorpels unter gleichzeitiger Spleissung seiner Grundsubstanz böte eben der Beginn dieses letzteren Vorganges, welcher für die chronische Chondritis als charakteristisch angesehen wird, böte ferner den Reichthum an offenbar in Vermehrung begriffenen Knorpelzellen.

Dazu kommen drei weitere kleine Stückchen weicheren Gewebes, von denen zwei von rundlicher Gestalt, glatt (kaum 1 Mm. dick) wie Blätter aneinanderliegen, beim Bestasten aber auseinanderfallen, das dritte Stückchen mehr länglich stellt sich schmäler, dafür aber dicker, kolbig dar.

Die Präparate sehen unter dem Mikroskop trübe und verwaschen aus: es fehlt an einer distincten Kernfärbung, die Tinction ist eine

mehr diffuse. Nur an einzelnen Stellen erkennt man deutlicher ein Häufchen dicht gedrängter Rundzellen der bekannten Art. An die Schleimhaut erinnert nur das Vorhandensein einzelner Drüsenacini mit stark erweiterten Ausführungsgängen. Ein Epithel fehlt überall vollkommen. Sonst sind die Schnitte theils nur blutig imbibirt, theils von wirklichen Blutungen durchsetzt. Augenscheinlich liegt eine sehr dichte Infiltration, eine syphilomatöse Umwandlung der Schleimhaut vor, deren Produkte in einfacher Atrophie resp. in Verfettung begriffen sind.

Anmerkung. Da die Präparate bedauerlicher Weise sogleich in absoluten oder sehr starken Alkohol gelegt wurden, so haben sie ihre ursprüngliche Form und Fülle, welche sie in der auflockernden Müller'schen Flüssigkeit ganz behalten hatten, zum Theil eingebüsst. Es sei daher an diesem Orte darauf aufmerksam gemacht, dass man operativ entfernte Gewebstheile zum Behufe späterer Untersuchung am geeignetsten sofort in Müller'sche Lösung bringt, welche bekanntlich auch noch den Vortheil hat, die Gefässe in ihrer natürlichen Injection zu belassen.

Es bliebe noch ein eigenthümlich in einander geschlagenes und gefaltetes Präparat, das seiner Form nach eine entfernte Aehnlichkeit mit einem mehrwöchentlichen Embryo hat. Auf der Oberfläche sieht man viele bis grieskerngrosse, streng runde Löchelchen und Grübchen. Die Farbe des Objectes ist eine ungefähr graugelbe. Die Untersuchung zeigt, dass man es einfach mit einem grossen, nicht mehr ganz frischen Blutgerinnsel zu thun habe, dessen Beschreibung weiter nicht nöthig sein wird. Die runden Hohlräume stellen wahrscheinlich Lücken vor, welche durch benachbarte Verdichtungen des Coagulums entstanden und mit ausgepresstem Serum gefüllt sind.

XIII. Men-f, 27 J., hat sich vor 4 Jahren inficirt und leidet seit einem Jahre an Ausfluss aus der rechten Nasenhöhle, sowie Auftreibung des rechten Nasentheils des Gesichtes, verbunden mit heftigen Kopfschmerzen. Er hat in letzter Zeit viel Jod genommen.

21. August. Status praes. Patient ist von schmächtiger Gestalt, abgemagert, blassem Aussehen. In der Mitte der linken Halsgegend sind zwei grosse platte Lymphdrüsen. Die rechte äussere Nasenwand erscheint stark aufgetrieben, ebenso der Theil unterhalb des Orbitalrandes. Die rechte Nasenhöhle ist voller Borken und Schleim. Nach deren Entfernung fühlt man eine grosse Knochenhöhle nach aussen blossliegen; dieselbe ist jedoch nicht sichtbar. Die untere Nasenmuschel

besteht nicht mehr; statt ihrer besteht eine Granulationsfläche, welche den blossliegenden Knochen zu decken scheint und trübe Flüssigkeit absondert. Die Nasenscheidewand ist geröthet, der untere Nasengang (Nasengrund) ist ulcerirt. Therapie: Thermalcur nebst Inunctionscur. Jodinhalationen. Injectionen von Thermalwasser.

24. August. Die äussere rechtsseitige Nasenwand ist weniger geschwollen.

28. August. Es werden einige Knochenpartikel entfernt. Jedoch ist die Breite des Knochens noch zu fühlen. Patient ist sehr operationsscheu und ist in der ersten Zeit von einem operativen Eingriff keine Rede. Unter der Einwirkung und Fortsetzung der angegebenen Therapie ist eine Verminderung der Schwellung und des Kopfschmerzes, eine Besserung des Allgemeinbefindens zu constatiren.

26. September. Unter Chloroformnarcose werden zunächst mit dem Löffel breite Granulationsschwarten entfernt, sodann der dahinter liegende, dem Oberkiefer angehörige Knochen zu entfernen gesucht; hiebei wird die Highmorshöhle weit offen gelegt. Bei der Untersuchung mit dem Finger kommt man an den Boden der Orbita und gelingt es, das dort befindliche cariöse Knochenstück zu lösen und mit ihm polypöse Schleimhautwucherungen zu entfernen. Viele kleine Knochenstückchen sind abgesprengt. Beim Versuche, sie mit der Kornzange zu entfernen, fällt eines in die Highmorshöhle. Das untere Augenlid schwillt bald nach der Operation ecchymotisch an. Eisaufschläge, Eiswassereinspritzungen. Abends 10 Uhr sind das untere und obere Augenlid prall geschwollen. Nachblutung verhältnissmässig gering.

27. Sept. Die Nase war befriedigend. Das Auge nicht mehr so prall geschwollen.

30. Sept. Das Auge kann wieder geöffnet werden. Allgemeinbefinden gut. Absonderung der Nase stark. Man fühlt mit der Sonde viele freie Knochenstückchen.

2. October. Patient sieht äusserlich wohl aus. Jedoch noch bedeutende blutigschleimige Absonderung.

4. October. Bei der Untersuchung gelingt es, ein grösseres Knochenstück zu entfernen, mehrere kleinere gingen gestern mit Schnaufen ab. Die so lange bestandenen dumpfen rechtsseitigen Kopfschmerzen sind gänzlich geschwunden seit der Operation. Patient hat 28 Einreibungen verbraucht, macht Carboleinathmungen und Einspritzungen dünner Arg. nitr. Lösung.

6. October. An der linken Halsseite sind die Drüsen mehr geschwollen und schmerzhaft. In der rechten Nasenhöhle sieht man jetzt hinten frische auf Berührung blutende Granulationen, man dringt durch dieselben nicht auf Knochen, der Kopf ist ganz frei. Absonderuug unbedeutend. Die rechte Nasenwand hat in ihrer Form nicht gelitten; sie ist nicht mehr geschwellt. Therapie: Aussetzen der Frictionen, Verordnung von Jodkali.

9. October. Es werden galvanocaustisch mehrere polypenförmige Granulationen aus der Tiefe der rechten Nasenhöhle entfernt, hierauf ist am 10. October die Absonderung noch unbedeutender geworden. Dagegen befindet sich die linke Nasenhöhle durch Schwellung ihrer Schleimhäute verengt; dieselben berühren sich zum grossen Theile, das Jodkali wird ausgesetzt. Die beiden Drüsen der linken Halsseite sind flacher und kleiner geworden.

13. October. Man sieht in der rechten Nasenhöhle die hintere Pharynxwand frei. Einzelne kleine Granulationen werden galvanocaustisch zerstört, seit dem Aussetzen des Jodkali ist die linksseitige Nasenhöhle wieder wesentlich freier, dagegen haben sich im linken Supraclavicularraume zwei fast hühnereigrosse untereinanderliegende Drüsengruppen entwickelt.

Im Halse ist zwar Schwellung der Schleimhaut um die Tonsillen und des Zäpfchens; aber keine Ulcera sind aufzufinden zur Erklärung der linksseitigen Drüsentumoren. Verordnung: Jodkali und Leberthran.

Ende October. Noch mehrmaliges Aetzen in der rechten Nasenhöhle hat deren annähernde Heilung erzielt. Die Nase ist äusserlich durchaus gut geformt geblieben, innerlich hat die Nasenscheidewand nicht gelitten; die die äussere Begrenzung bildenden Flächen sind verheilt und geben nur kaum erwähnenswerthe Absonderung resp. Borkenbildung. Patient geht wegen der Drüsentumoren nach dem Süden, mit dem Rathe, mit Carbolöl befeuchtete Wattetampons täglich in die rechte Nasenhöhle zu führen.

Derselbe schreibt mir $2^1/_2$ Monate später: „Ihren Rath betreffs der Watteeinführung habe ich theilweise, d. h. für die Nacht befolgt, ungeachtet dessen bilden sich noch immer zuweilen Borken. Auch die linke Seite der Nase ist wieder verstopft, was vielleicht von den Jodeisenpillen herrühren mag, die ich hier nehme. Eine genauere Untersuchung der Nase Seitens meines Arztes, wie ich es bei Ihnen gewohnt war, hat nichts Besonderes ergeben. Die Drüsenschwellungen sind trotz

hierselbst vorgenommener Jodeinspritzungen dieselben wie früher; letztere habe ich unterlassen, da sie mir grosse Schmerzen verursachten und der Hals so stark anschwoll, dass ich den Kopf kaum bewegen konnte. Man hält mich nicht mehr für syphiliskrank und räth mir, weiter nach dem Süden zu gehen, wovon die hiesigen Aerzte eine vollständige Herstellung erwarten.«

Mitte Februar schreibt mir Patient: die Nase sei jetzt gut; wegen der linksseitigen Drüsen habe er noch eine andere Autorität consultirt, die ihn noch nicht für syphilisfrei halte.

Der anatomische Befund der aus der Nase entfernten Massen ist aus der Feder des Herrn Dr. Sänger und lautet:

Eine etwa $8^1/_2$ Ctm. lange, $1^1/_2$—$2^1/_2$ Ctm. breite, platte Masse besetzt mit vielen zottigen Anhängseln, ist offenbar von einer welligen knöchernen Unterlage abgerissen oder abgekratzt worden. Ausserst feine Knochenplättchen und Splitterchen bedecken theils die Abtrennungsfläche, theils tauchen sie in Gewebsmassen ein und werden von diesen umhüllt. Die untere Hälfte des Präparates, kenntlich als solche an ihrer Abrundung, ist von höchst eigenthümlicher Faltung, sie stellt einen Sack vor mit einer von hinten hereinführenden, trichterförmigen und dabei torquirten Oeffnung und mit einer in hohe Längsfalten gelegten Wandung, welche dazu noch feinere und gröbere Runzeln trägt. Die Bildung lässt sich genau vergleichen mit einem gefalteten und an seiner Mündung zusammengedrehten Beutel.

Die Untersuchung erkennt dieses Gebilde als eine Art Cyste, die ausgekleidet ist von einem mehrschichtigen, niedrigen Cylinderepithel, dessen oberste Lagen in schleimiger Auflösung begriffen sind, wie überhaupt das Innere mit Schleimmassen angefüllt ist. Die Wandung der Cyste wird dargestellt von einem sehr lockeren, dem myxomatösen ähnlichen Bindegewebe mit wenig Capillaren, einzelnen Drüsenrudimenten und wenigen zerstreuten Rundzellenhaufen.

Vermuthlich bildete sich die Cyste durch Obliteration eines Drüsenausführungsganges, wozu durch peri- und endoglanduläre Entzündung Gelegenheit gegeben war. Da sie sich nicht ungehindert in die Umgebung ausdehnen konnte, wurde der durch zunehmendes Wandwachsthum bedingten Raumbeengung durch in's Innere vorspringende Faltenbildung abgeholfen. Durch weitere mechanische Einwirkung wurde die Cyste dann torquirt und kam in eine hängende Lage.

Die obere Hälfte des Präparates besteht aus einer gewöhnlichen

blutig imbibirten Schleimhaut mit weiten und grossen Drüsen, welche an manchen Stellen sehr stark mit grosskernigen Rundzellen und freien Kernen diffus infiltrirt ist. Die Knochenplättchen, welche sie umgibt oder denen sie aufliegt, sind ganz platt und durch keinerlei entzündlich-cariöse Processe angegriffen.

Ein zweites Präparat, rundlich, etwa 1 Ctm. im Durchmesser haltend, von glatter, münzenförmiger Gestalt schliesst ebenfalls ein kleines Knochenbälkchen ein, dessen Gewebe mit Ausnahme vielleicht einer starken Füllung der Haversischen Canäle intact ist. Das ebenfalls intacte, breite und straffe Periost wird bedeckt von einer hyperämischen und durch syphilitische Kerne und Zellen bedeutend infiltrirten Schleimhaut. Ein weiteres, etwa 3 Ctm. langes Stück, das sich fast ausnimmt wie ein Faden, an dem allerlei Gewebsklümpchen, Zöttchen und Fransen angereiht sind, besteht wiederum aus blutig imbibirtem mehr minder stark in der gewöhnlichen Weise infiltrirten Schleimhautgewebe, das sich vielfach warzenförmig erhoben und jene wie an dünnem Stiel hängende Klümpchen oder Knötchen gebildet hatte.

Die freien nur mit festen Blutgerinnseln bedeckten grösseren Knochenplättchen — das grösste unter ihnen ist etwa $1^1/_2$ Ctm. lang, 1 Ctm. breit — haben in ihrer völligen Entblössung vom Gewebe, bei fehlender superficieller Bewegung wohl nur die Bedeutung von durch umfängliche exfoliirende Eiterung gelieferten necrotischen Sequestern.

Dazu kommen noch eine Anzahl viel kleinerer loser Knochenplättchen von glatter Oberfläche, gelber oft braunroth gesprenkelter Farbe; Klümpchen geronnenen Blutes, theils mit Anhängseln von Gewebsmassen, theils ohne solche, scheinbar ungeformte Bröckel, welche allesammt nicht mehr in die gehörige Configuration zu bringen sind.

Es scheinen hier neben einfach infiltrativen mehr purulente Processe obgewaltet zu haben mit Exfoliation grösserer Stücke von Knochengewebe, nicht jene langsam auflösenden und gleichzeitig organisirenden Vorgänge der trockenen Caries.

Die Operation griff erst ein, nachdem die Zerstörungen weit vorgeschritten waren.

Es wurden übrigens manche Stücke ausgebrochen, welche wohl dem Untergange geweiht gewesen wären, von der spontanen Abstossung aber noch weit entfernt waren.

XIV. Graf R. . . e, hat sich vor 3 Jahren inficirt. Die Erscheinungen schwanden nach einer Inunctionscur. Im folgenden Jahre

thränte das linke Auge, später trat Auftreibung des linken Os maxil. sup. auf, alsbald darauf Erkrankung der Nase.

Patient hat seit der ersten Frictionscur kein Quecksilber gebraucht.

Status praes. 21. Juli. Patient ist von graciler Statur. Man sieht den knöchernen Nasenrücken stark geschwollen, er ist auf Druck schmerzhaft, das linke Seitenwandbein, sowie die Theile der Nasenwangenlinie stark aufgetrieben, Thränen des linken Auges, in Folge Thränensackerweiterung. Die rechte Nasenhöhle ist frei. In der linken Nasenhöhle sieht man die Wände verdickt und ulcerirt, es kommt ein blutiger Eiter heraus. Kein übler Geruch. Auch der Nasengrund ist ulcerirt. Die ganze Höhle verengt. Man findet Schwellung der Glandulae nuchae et colli; der linke Testikel ist geschwollen und indurirt.

Therapie. Neben dem Gebrauche der Thermen mercurielle Frictionen. Für die Nase; Jodinhalationen, Carbolölbepinselnng. Nach 10 Tagen wird zur Auslöffelung der Nase unter Chloroformnarcose geschritten, wobei der Vomer perforirt gefunden wird. Die Nachblutung ist ziemlich anhaltend, die ödematöse Schwellung der linken Gesichtshälfte verschwindet nach 4 Tagen. Der knorplige Nasentheil auf Druck empfindlich. Aetzung der hinteren geschwürig gefundenen Fläche des knorpligen Septum. Die Absonderung der Nase ist geringer geworden.

20. August. Man fühlt keinen blossliegenden Knochen, kommt und sieht bequem in die Perforationsstelle des Vomers, die mit rahmigem Eiter bedeckt ist, nach dessen Entfernung die Nase stark blutet. Wegen Fortbestandes der ulcerirten Flächen werden dieselben wiederholt geätzt. Die Schwellung und Schmerzhaftigkeit des Nasenrückens und des Gesichtes haben bedeutend nachgelassen.

26. August. Patient will sich in der Nacht mit dem Gesichte gegen die Wand gestossen haben, so dass er vom Schmerze erwacht sei, seitdem sei die Nase wieder so geschwollen.

27. August. Man findet den Nasenrücken schmerzhaft, geröthet und stark aufgetrieben. Es sind 30 Frictionen gemacht. Wegen der Dringlichkeit der Besserung werden gleichzeitig Sublimat-Albuminat-Injectionen gemacht.

30. August. Der Nasenrücken weniger schmerzhaft und besser. Oben in der Höhe des Knorpelwinkels geht eine Art wunde Fissur bis an das Nasenbein, das aber nicht freiliegend mit der Sonde gefühlt wird. Die Fissur wird mit der mit Argent. nitr. armirten Knopfsonde geätzt.

9. September. Wegen Zahnfleischaffection wird Mercur ausgesetzt. Allgemeinbefinden gut. Ausschaben der Fissur. Aetzung.

17. Sept. Dieselbe geht weniger tief und scheint in Heilung begriffen. Der ganze Nasengang sieht noch verengt aus. In der Tiefe der linken Nasenhöhle nach links aussen und oben stösst die Sonde auf einen harten Gegenstand, der sich bei wiederholter Untersuchung als blossliegender Knochen charakterisirt.

24. September. Der linke Nasengang ist mehr verengt wegen Schwellung hinten und oben. Das Knochenstück liegt in grösserer Fläche bloss und gehört wohl der oberen Muschel an. Man muss die Sonde tief nach oben und aussen einführen, um es zu fühlen.

2. October. Entfernung des Knochenstückes unter Chloroformnarcose. Der jetzt untersuchende kleine Finger drängt durch den engen Canal und stösst zunächst auf einen festweichen Wall, der den Knochen umgibt. Derselbe wird jetzt mittelst des scharfen Löffels zu entfernen gesucht. Nach seiner Lösung mit dem scharfen Löffel und Entfernung mit der Kornzange fühlt man mit dem Finger keinen Knochen mehr.

Die Reaction nach diesem Eingriff ist nicht sehr gross. Schwellung der linken Gesichtshälfte, Auge stark thränend, Blutung gering.

6. October. Patient, der nach der Operation täglich 4 Taschentücher gebrauchte, hat deren jetzt nur 2 täglich nöthig; die entzündliche Gesichtsschwellung ist beseitigt. Die Schleimhaut der Nase zeigt sich in der kranken Seite hinten und aussen noch geschwellt und geröthet. Mit der Sonde kein Knochen mehr zu fühlen. Abends Kopfschmerzen. Kein Fieber. Die wieder aufgenommenen Einreibungen werden fortgesetzt; es sind heute 56 Frictionen gemacht.

12. Oct. Absonderung der Nase gering. Der früher ulcerirte Nasengrund ist jetzt glatt und eben. Ganz nach vorne und oben ist eine kleine wunde Stelle, beim Untersuchen mit dem Finger durch Einriss entstanden; sie wird geätzt. Hinten ist der Nasengang noch enge, die Schleimhaut beiderseits geschwellt. Im Uebrigen ist die Nasenhöhle glatt, auch um die Perforationsstelle des Vomer. Die äussere Nase hat ihre Schwellung verloren.

Patient wird in seine Heimat entlassen.

Das augenblickliche Resultat ist ein gutes zu nennen.

Die herausgeförderten Producte sind von Herrn Dr. Sänger untersucht.

Die durch Operation gewonnenen Präparate müssen als noch dem Patienten angehörige Gewebstheile zum Theil grosse Weichheit und blutige Succulenz besessen haben. Die herausbeförderten Massen sind meist in so kleine zerbröckelnde Stücke zerschellt, dass sie sich als schnittunfähig erwiesen, und die wenigen grösseren brauchbaren Objecte — Stücke blosser Schleimhaut, blossen Knorpels oder Knorpel und Knochen mit Schleimhautdecke — trugen die Spuren des operativen Traumas in hinderlicherem Grade als sonst. Freies Blut findet sich auf den Epithelien, fast diesen angeklebt; inmitten der Schleimhaut, grosse, rissige Lachen bildend; um die Knorpelstücke herum, so dass diese ganz von Blut umgriffen sind, endlich in den Markräumen der kleinen spongiösen Knochenspangen.

Die Schleimhaut zeigt sich meist im ersten Beginn der Infiltration, die ihren hauptsächlichen Sitz im interglandulären Bindegewebe der zahlreichen Schleimdrüsen hat. Die subepitheliale Schicht ist nur dünn besät mit Rundzellen und Kernen, ihre Capillaren sind noch in gewöhnlicher Weise sichtbar.

Auch da, wo sie wegen stärkster Infiltration des Subepitheliums, wie auch hier in einem Präparat, vollständig zu fehlen scheinen, können sie nur hochgradig comprimirt, aber doch nicht vollständig für den Blutstrom undurchgängig geworden sein, weil in diesem Falle nothwendig Infiltrat und Epithel absterben müssten.

Die Oberfläche der Schleimhaut ist vielfach gebuchtet und manchmal wunderlich gefaltet, so dass sich gegenüberliegende Epithelialräume berühren oder zwischen sich noch eine Blut- resp. Schleimschicht besitzen. Jedenfalls hat dies seinen Grund mit Hypertrophien der Schleimhaut an räumlich begrenztem Orte.

In keinem der übrigen Fälle war das von E. Wagner zuerst genau beschriebene und als für das Syphilom characteristisch erklärte areoläre Stroma so schön ausgeprägt, wie in einigen leider nur kleinen von Blut umhüllten, durch Zerdrückung einer grösseren Syphilommasse, von der sich zugehörige Reste tief unter dem Epithel in der Nähe eines Knöchelchens finden, entstandenen Partikeln. Das Stroma stellt sich dar als ein Reticulum mit glänzenden, festen und ziemlich breiten oft geradezu plattenartigen Bälkchen, ähnlich wie sie im Stroma von Lymphosarcomen vorkommen. Die Bälkchen formiren runde, ovale, auch sternförmige Lücken, Areolen, in denen meist ein oder zwei, aber auch 3—4 hier grössere und protoplasmareichere, auch nicht immer runde

sondern auch ovaläre Zellen und Kerne liegen. Das syphilitische Reticulum gruppirt sich hier überall um Capillaren herum in der Weise, dass diese die Mitte einnehmen und das rundumgelegene Netz von dem Gebiet der nächsten Capillaren mit ihrem Reticulum durch eine intermediäre, engere, offenbar comprimirte Zone getrennt wird. Die grosse Anzahl von Capillaren ist ungewöhnlich. E. Wagner fand immer nur wenige solche, ja auch gar keine. Möglicherweise ist die so kräftige Entwicklung des Reticulum, dessen Bälkchen dicker sind als sonst, durch die reichlichen Capillaren bedingt gewesen, deren Bestand dabei doch von Seiten der syphilitischen Neubildung bedroht gewesen sein dürfte.

An den Knochenbälkchen, die wegen ihrer parabolischen Gestalt den oberen Theilen der Nase oder der obersten Muschel angehören müssen, erkennt man die ersten Anfänge der syphilitischen Caries. Die dünnen Bälkchen mit ihren noch spärlichen Lacunen sind mehrfach gebrochen und von den durch Granulation getrennten Bälkchen durch rissige Fracturenden wie durch mikroskopische Blutergüsse zu unterscheiden. In einigen grösseren Markräumen sieht man neben in Haufen liegenden Rundzellen mehrere quergetroffene kleine Arterien mit durch syphilitische Endoarteriitis verdickter Intima. Die Knorpelstücke waren, abgesehen von der schon geschilderten Zellenvermehrung und muthmasslichen Verdickung dadurch, abgesehen von stellenweiser Zelleinlagerung in das Perichondrium normal.

XV. Strie...l, 36 J. alt, unverheiratet, hat sich 1872 inficirt, will von 1873 an während 19 Monate Icterus gehabt haben. Im Jänner 1876 wurde er von allgemeinem Hydrops befallen, weshalb sein Arzt ihn nach Wildungen schickte, von wo er erst seit 4 Wochen zurückgekehrt ist. Sein Nasenleiden bestehe schon mehrere Jahre und gebrauchte er in Wildungen dagegen Kochsalzeinschnaufungen.

9. October 1876. Status praes. Patient ist kräftig gebaut. Der Nasenrücken ist breit und geschwollen, zwischen Nasenknochen und Knorpel besteht eine nach links deutlich sich kennzeichnende Rinne ringsherum; die Nasenknorpel erscheinen, namentlich der rechte Nasenflügel, stark geschwollen. In der Nasenhöhle ist übelriechende Eitermasse mit Borken vermischt. Nasenscheidewand in grosser Ausdehnung zerstört. Die Nasenmuscheln sind nicht zu erkennen, es scheinen noch Reste derselben zu stehen. In der Mitte dieser Reste ragt das freie geschwellte Ende des verkürzten Vomer in die Höhle. Es besteht Auf-

treibung der Stirne und der Scheitelbeine, namentlich auf dem Scheitel eine stark hervorragende Auftreibung. Der Harn ist stark albuminhaltig, kein Oedem vorhanden. Patient klagt über öfter auftretenden Schwindel. Ophthalmoskopisch zeigt sich keine Veränderung, wenn man nicht die weissere Farbe der inneren Opticushälften als solche ansehen will. Patient macht den Eindruck des Stupiden, er antwortet langsam, es fällt ihm erst allmälig das Eine und Andere ein, wundert sich in mehr naiver Weise über die Ausbreitung und den Ernst seines Leidens. Er hat viele Quecksilberpillen genommen.

Am 10. October ergibt nach Entfernung der Eiterborken die Untersuchung, dass die inneren Flächen allerseits geschwürig granulirt sind. Es wird sofort die Ausschabung vorgenommen, wobei der Löffel rechts und links, aber auch an der Nasenwurzel, an den Oss. nasi freiliegenden Knochen findet. Es werden grosse Schwartenmassen und verschiedene Knochen entfernt. Nachdem die Blutung gestillt ist, werden die wunden Flächen, namentlich die des tiefergriffenen rechten Nasenflügels geätzt. Es werden Ausspritzungen mit Lösung von Acid. hydrochloric. 5 : 1000 empfohlen, später Carbolölbepinselungen verordnet, Einreibungscur nebst Thermalgebrauch vorgeschrieben.

13. Jänner 1877. Patient hat im Ganzen innerhalb 3 Monate 48 Frictionen gebraucht. Sein Aussehen ist ein gutes, die Schwellungen des Schädels sind verschwunden. Albumingehalt des Harnes sehr gering. Die Einsenkungsrinne ist etwas mehr gekennzeichnet, aber durchaus nicht in entstellender Weise. Patient hat in den letzten Wochen die Nasenhöhle Tag und Nacht mit Carbolölwatte tamponirt, gegen eingetretene Schlaflosigkeit Bromkali mit Erfolg genommen. Die Inspection der Nase ergibt Restitution der etwas feingekörnt, sonst aber glatt aussehenden Schleimhaut, da, wo der Mitte des Nasenrückens entsprechend man früher Knochen blossliegend fühlte, ist jetzt Verheilung eingetreten. (Man erkennt durch den blossen Anblick des Gesichtes, durch die an der Nasenknochen- und Knorpelgrenze befindliche grösser gewordene Abflachung, dass ein etwaiger Knochenverlust hier stattgefunden haben muss.) Das Leistchen stehen gebliebenen knöchernen Septums scheint mit guter Schleimhaut bekleidet. Die beiden Muschelbeine fehlen. Rechts von dem Vomerrest sieht man einen erbsengrossen Schleimhautwulst, der sofort auf Berührung blutet; in seiner Nachbarschaft fühlt man zwar harten Widerstand, aber keinen freien Knochen. Links vom Vomerrest sind auch zwei wie waldbeerartige Hervorragungen,

zwischen welche eine weichen, nach beiden Seiten freie Schleimhautmasse sich hervordrängt. Man fühlt auch hier keinen Knochen. Die Schleimhautwülste zu beiden Seiten des Vomer scheinen übrig gebliebenen Resten der mittleren Muschel anzugehören.

Die sich hervordrängende Schleimhautmasse wird mit der galvanocaustischen Schlinge entfernt, die Wulstungen rechts und links werden galvanocaustisch zu zerstören gesucht.

26. Jänner. Die Aetzschorfe haben sich abgestossen, die Schleimhaut sieht allenthalben fast glatt aus. Vom Pharynx aus lassen sich die Choanen gut übersehen. Man erkennt keine Abnormität. Die linke Pharynxtonsille ist länglich geschwollen. Im Harn entsteht nach Acid. nitr. Zusatz und Kochen erst nach längerem Stehen ein geringer Albumenniederschlag. Patient nimmt an Körpergewicht zu, die Halsweite der Kleider wird ihm zu eng. Es sind 58 Einreibungen verbraucht.

10. Februar. Patient hat 70 Einreibungen, jeden zweiten Tag in der letzten Zeit ein Dampfbad gebraucht bei fortdauerndem guten Befinden. Die äussere Gestalt der Nase zeigt keine Zunahme der Furchung. Die Nasenhöhle erscheint befriedigend. Jedoch hat sich der Schleimhautwulst, dem Reste der rechtsseitigen mittleren Muschel angehörig, wieder mehr ausgebildet; Berührung mit der Sonde macht ihn bluten; man stösst auf eine kleine rauhe Fläche und es gelingt nun, ein in den Wulst eingekapselt gewesenes nadelkopfdickes, wie macerirtes Knöchelchen herauszuschälen.

15. Februar. Man sieht jetzt, dass die rechtsseitige durch einen freien Zwischenraum vom Vomer geschwellte Schleimhaut dünner geworden ist. Dagegen scheint die dem linken mittleren Muschelreste angehörige gewulstet und es wird auch hier beim Anschaben das vermuthete Knochenpartikelchen gefunden. Nach oben zwischen Vomer und mittlerem Muschelrest quillt weisser zäher Schleim vor; man gelangt durch ihn mit der Sonde in eine tiefe Höhle. Die Sondenberührung verursacht Blutung, stösst aber nicht auf blossen Knochen. Die Höhlenbekleidung wird mit der armirten Sonde geätzt.

20. Februar. Auch die linksseitige Schleimhautwulstung geht zurück. Die hintere Knochenhöhle blutet nicht auf Berührung. Die innere Nasenoberfläche erscheint durchaus befriedigend. Eiweissgehalt des Harnes unbedeutend. Heitere Stimmung des Patienten. Da sich aber noch immer Knochennadeln abzustossen scheinen, die zu Schleimhautwucherungen Veranlassung geben und als Schluss erneute Erwei-

chung resp. Zerfall hervorrufen könnten, so behalte ich den Patienten zur ferneren Ueberwachung hier. Die äussere Nasenform ist dieselbe geblieben. Die Nasenhöhlenfläche scheint einen Monat später geheilt. Die Carbolwattetampons sind weggelassen; es wird trotzdem nur mehr durchsichtiger Schleim abgesondert. Eiweissgehalt minim. Allgemeinbefinden sehr gut. 92 Frictionen.

Die herausgeförderten gesammelten Massen sind von Herrn Dr. Sänger untersucht und wie folgt von ihm besprochen:

Es sei gestattet, diesem Berichte einiges Allgemeines vorauszuschicken. Es fanden sich bisher im Wesentlichen hauptsächlich folgende Processe:

1. Einfache syphilitische Infiltration der nicht hypertrophischen Schleimhaut verschiedenen Grades (mit Erhaltung der Drüsen, Untergang derselben, Stenosirung von Ausführungsgängen und consecutiver Ectasie, mit Capillarerweiterung und ohne solche, mit Erhaltung des Epithels oder Bildung von Excoriationen und Ulcerationen — Fall XIII. und XIV.).

2. Einfache syphilitische Infiltration von hypertrophischer und hypertrophirender Schleimhaut (unter Einengung stärkst erweiterter Capillaren durch die Zellwucherung oder ohne jene; dazu frische oder Reste früherer Blutungen — Fall IX., X. und XIV.). Als secundäres Erzeugniss fand sich einmal Cystenbildung.

3. Stärkere syphilitische Infiltration der Schleimhaut als Uebergang zum echten Syphilom (Fall XII. und XIV.).

4. Das Syphilom der Schleimhaut (Condylom) als geschwulstartig auftretende syphilitische Neubildung innerhalb der Schleimhaut unter vollständigem Untergang deren ehemaliger Structur. Das Epithel fehlt entweder ganz oder besteht aus wenigen schlecht ernährten Schichten (Fall XII., XIV. und XV.).

Die meisten dieser Affectionen waren florid, nur in einem Falle (XI.) bestand regressive Metamorphose, Verfettung des Infiltrates (Heilung?). Ferner kam vor, dass Extravasate, deren Abfluss gehindert oder erschwert sein mochte, sich zu festen entfärbten Klümpchen verdichteten und stricturirte Gebilde vortäuschten (Fall XI.).

An den von mehr minder stark infiltrirter Schleimhaut bedeckten Knochen und Knorpeln spielten sich ab:

5. Die exfoliirende Knochennecrose als Folge purulenter Processe (Fall XIII.).

6. Die rein rareficirende luetische Ostitis, passender zu bezeichnen, eben weil hier ossificirende Processe fehlten, als Caries sicca oder occlusa, sofern der unter Vermittlung von üppigem Granulationsgewebe vor sich gehende Knochenschwund ohne Entblössung der Schleimhaut bestand (Fall X. und XIV.).

7. Die rareficirende und plastische Ostitis unter Umwandlung des kalkigen Bindegewebes der Knochen vom Periost und den Markräumen her in Spindelzellen, auf der einen Seite mit Weiterentwicklung dieser zu Bindegewebe, mit ihrer Wiederverknöcherung sowie mit Apposition gewöhnlicher Knochenmasse auf der anderen (Fall XII. u. XIV.).

Man hat geglaubt, weil in der Nasenhöhle die meist dünnen planen Knochen unter einer ebenfalls dünnen Schleimhaut gelegen sind, die syphilitischen Knochenerkrankungen müssten immer von der Schleimhaut aus durch Uebergreifen der Infiltrations- und Verschwärungsprocesse auf das Periost eingeleitet werden. In der Reihenfolge der Erkrankungen sollte die der Knochen (und Knorpel) stets denen der Schleimhaut erst nachfolgen. Man hat nun die Gleichheit der Exantheme der äusseren Haut und der Schleimhaut proclamirt, will aber die Affectionen der von diesen bedeckten Knochen aus einer gerade umgekehrten Genese herleiten, wie für die unter der äusseren Haut befindlichen Knochen als Norm gilt. So weiss man doch aus dem Paradigma der syphilitischen Periostitis und destruirenden Ostitis (Caries) der Ossa frontalia, dass alle Vorgänge sich subcutan (submusculär) abspielen und selten ein Durchbruch von innen nach aussen entsteht. Ferner, wem fällt es ein z. B. einer Rypia der Schienbeinhaut, geschweige einer blossen infiltrativen Psoriasispapel, Schuld an einer darunter wüthenden Periostitis zu geben? Man hat gesehen, dass Rypiageschwüre bis auf den Knochen hinabfrassen und diesen zur Entzündung brachten, aber ganz dasselbe kann auch eine aspecifische Wunde, geschwürig werdend, nach sich ziehen.

Ceteris paribus und von sogenannten bösartigen Neubildungen abgesehen, kann man sagen, dass der Effect jeder Gewebserkrankung eines Organs ausfällt nach dem Verhältniss der ihr als Substrat dienenden Organgewebsmasse: so wird ein dünnes Organ nicht mehr Krankheitsproducte liefern, im Verhältniss, als ein dickes. Dies auf die Nasenschleimhaut übertragen kann man aufstellen, dass deren Infiltrationsgrad immer ihrer Mächtigkeit und Proliferationskraft angemessen sein wird, auch dann, wenn jener der denkbar höchste geworden

ist, dass darum der Knochen an und für sich niemals durch die infiltrirte Schleimhaut bedroht sein kann. Ganz unbedingt zu sagen: „die Schleimhaut ist zu dünn, als dass sie den Knochen unangetastet lassen könnte“ ist gewiss ebenso wenig berechtigt, wie „der Knochen ist zu dünn, als dass er selbstständig erkranken könne.“ Es besteht kein Grund weder für die Annahme einer secundären von der (nicht ulcerirten) Schleimhaut sich auf die Knochen fortsetzenden Erkrankung, noch für den Ausschluss von primärer Erkrankung dieser.

Wenn man an Präparaten sieht, wie kranke Knochenstückchen in mächtiger, ja hypertrophirender Schleimhaut stecken, wie an jenen rareficirende Processe obwalten unter Bildung von syphilitischem Granulationsgewebe, welches in die Schleimhaut hineinwuchert, nicht aber umgekehrt von dieser auf den Knochen übergegangen sein konnte, wenn man bestimmt sieht, wie die oberste Lage des Schleimhautgewebes schwach infiltrirt ist, ihr Epithel noch besitzt, das sogar eher mehr Schichten aufweist, anstatt erodirt zu sein, so wird die Thatsache, dass die Nasenknochen, gerade wie die subcutanen und submusculären Knochen unabhängig von Muskeln und Haut, unabhängig von der Nasenschleimhaut erkranken können, nicht leicht zu bezweifeln sein. Diesen occlusen, verdeckten Knochenerkrankungen wird man zuweisen müssen: die Entzündung in ihrer beiderlei Gestalt (rareficirende und ossificirende Periostitis und Ostitis) und die reine, „trockene“, granulöse Caries (Molecularnecrose). Es sei nun aber durchaus nicht behauptet, dass secundäre Knochenerkrankung durch fortschreitende Verschwärung von der Schleimhaut her nicht vorkäme, sie ist nur nicht das Ausschliessliche. Wo sie auftritt geschieht es — und das ist ein wesentlicher Unterschied — meistens als Caries necrotica oder Knochennecrose mit Ablösungen kleiner oder grösserer Knochenplatten durch ein verflüssigtes, eiterähnliches Granulationsgewebe. Jene, die still cariösen Processe, sind langsam schleichend, diese unter raschem Zerfall der infiltrirten Schleimhaut einhergehenden greifen rasch um sich; jene können sich abspielen unter einer äusserlich oft gar nicht veränderten Schleimhaut, können den Knochen verzehren, an dessen Stelle ein Granulationsgewebe setzen, das sich später narbig umwandelt und Difformitäten von Knochencomplexen bewirken — Alles ohne jegliche Reaction. Diese von der Schleimhaut rasch in die Tiefe greifenden Processe dagegen werden sich heftig manifestiren durch Lieferung massenhafter Zerfallsproducte der Ulcerationen.

Es kann kommen (vgl. diesen Fall!), dass ein cariöser Knochen nachträglich blossgelegt wird, alsdann geschah es durch Hinzutritt von acut ulcerativen Vorgängen, welche auch das festere Granulationsgewebe mit ergriffen.

Man wird dem Allem gemäss im Allgemeinen folgende Relationen zwischen Schleimhaut und Knochen aufstellen können (für welche gewiss der Blutgefässvertheilung eine grosse nicht ganz bekannte Rolle zufällt:

a) Schleimhautinfiltration und Periosterkrankung treten gleichzeitig und unabhängig von einander auf.

b) Schleimhautinfiltration und Periosterkrankung treten nacheinander, doch ebenso unabhängig von einander auf. (Beide gehen jede ihren Weg für sich oder sie treffen zusammen.)

c) Schleimhautulceration nach Schleimhautinfiltration (Umwandlung der Schleimhaut in Syphilom) setzt sich fort auf das Periost und den Knochen, ehe diese selbstständig erkrankten. Letztere entzünden sich secundär oder werden in toto exfoliirt.

d) Die Periostentzündung mit consecutiver Ostitis und Caries ist das Primäre, die Schleimhautinfiltration mit allen ihren möglichen Folgen das Secundäre.

Dass innerhalb dieser 4 Kategorien vielfache Combinationen vorkommen, versteht sich von selbst.

Ob sich die Knorpel so wie die Knochen verhalten, ist wahrscheinlich, doch kann es aus den von den Fällen genommenen wenigen Präparaten nicht erschlossen werden. Nur so viel kann man eben als feststehend annehmen, dass die Erkrankungen der Knorpel schwerer zu Stande kommen, darum viel seltener sind, am meisten fortgesetzt auftreten vom Knochen (Vomer) oder von der Schleimhaut her.

8. Zellwucherung und Auffaserung der Grundsubstanz im Knorpel (des Sept. nar. cartilag.), vielleicht mit der Geltung einer chronischen Chondritis (Fall X.).

Diese lange Reihe von Affectionen findet sich fast sammt und sonders vereinigt vor in dem Falle Strie., der eben deshalb zu einer Recapitulation der auf die übrigen Fälle vertheilten verschiedenartigen Processe aufforderte, welche hier in allen Stadien und Intensitäten obwaltend tiefe und umfangreiche Zerstörungen und Gewebsmetamorphosen gesetzt haben mussten. Man trifft aber ausserdem noch eine Affection, welche bei keinem der vorausgehenden Fälle beobachtet wurde, eine Knorpelverschwärung, Knorpelcaries.

Diese besteht allerdings nicht für sich allein, sondern in unmittelbarer Verbindung mit Knochencaries, demnach in einer anatomischen Region, wo Bindegewebsarten neben einander vorkommen, wie im Vomer und der anstossenden knorpligen Nasenscheidewand, welcher Stelle beide wegen ihrer in einer Linie verlaufenden Richtung offenbar angehörten. Die Schnitte des Präparates haben eine Länge von etwas über 1 Ctm., sind auf der etwa gleichlangen Knorpelseite über, auf der sich allmälig zuspitzenden Knochenseite unter 1 Mm. breit. Schon daraus ergibt sich, dass diese entsprechend dem gewöhnlichen Vorkommen von der stärkeren Resistenz des Knorpels schwerer ergriffen sein muss. In der That sind von der ehemals relativ breiten Knochenmasse des Vomer nur noch wenige dünne, ringförmig geschlossene halboffene oder ganz frei in ein Granulationsgewebe vorwiegend von Rundzellen mit Kernen eingelagerte Bälkchen übrig. Tiefere Howship'sche Lacunen sind nicht vorhanden, die Ränder der Bälkchen sind entweder glatt oder ganz flach ausgenagt. Da nur wenige Riesenzellen deutlich zu bemerken sind, so machte der Process fast den Eindruck einer Knocheneiterung, wenn nicht die Gegenwart auch von Spindelzellen und freien Kernen, sowie eines feinareolären Stromes mit spärlichen Capillaren dem entgegen für syphilitische Granulation spräche. Ganz dieselben Granulationsprodukte nun weist der unmittelbar angrenzende Knorpel, welcher an seinem der Knochenspitze entgegengesetzten Pol in seiner ganzen Breite von ihnen weggenommen ist, also wohl von ihnen durchbrochen wurde, sonst aber in seiner Continuität erhalten an verschiedenen Stellen tiefe von Zellen- und Kernmassen, sowie daran haftenden Blutgerinnseln besetzte Ausschnitte, Substanzverluste darbietet, von denen der bedeutendste in der Nähe des Knochenansatzes, da wo dieser eine Strecke herauf den Knorpel umgreift, sich befindet. Nirgends ist der Rand des Knorpels auf dessen einen Seite ganz platt, wie überhaupt aus dem Verluste der Randschichten hier daraus geschlossen werden kann, dass weder Perichondrium mehr besteht, noch die kleinen, vereinzelt liegenden Knorpelzellen, wie sie unter der Knorpelhaut hyaliner Knorpel vorkommen, mehr zu sehen sind. Die Contour des kranken Knorpels ist hier überall eine unregelmässig gezackte mit oft bis über die Mitte hinaus einschneidenden Buchten, aus denen die Zellen theilweise ausgefallen sind. Auf der anderen Seite des Knorpels ist das Perichondrium zwar grösstentheils erhalten, aber durch Rundzellen, welche auch in die Randschichten des Knorpels vordringen,

stark infiltrirt und verdickt. Was noch intact ist am Knorpel, ist wiederum reich an grossen dickkapseligen, dichtgedrängten Zellen: Auffaserung der Grundsubstanz, Kalkeinlagerung ist nicht zu bemerken.

Die beschriebenen Stücke sind theils isolirt, theils liegt ihnen auf der noch Perichondrium besitzenden Seite eine so massenhaft infiltrirte Schleimhaut auf, dass sie nur noch an dem niedrigen, trüben Epithel als solche zu erkennen ist, sich übrigens umschlägt und eine Art Duplicatur bildet, welche wieder nicht so stark infiltrirt ist, wenigstens noch erhaltene Drüsenacini aufweist.

Um wieder zum Knorpel zurückzukehren, so bieten sich die Verhältnisse an der necrosirenden Zone bei stärkerer Vergrösserung folgendermassen dar. Nur in der unmittelbaren Nähe der Zellwucherungszone der Granulationen zeigt der Knorpel Veränderungen, man sieht von den Herden der letzteren feine Ausläufer in die Grundsubstanz hereingehen, welche ihre Zelldepôts besonders um die Kapseln herum ablegen. So lange diese erhalten bleiben, thun es auch die Zellen, sowie jene zerstört sind durch das Vorrücken der Granulation, quellen diese ziemlich bedeutend auf, ihre Chondroblasten werden trübe; darnach scheinen sie zu zerfallen und wie der übrige feinmoleculäre Detritus von den Rundzellen aufgenommen zu werden. Geradezu wunderbar ist, dass diese so energischen Processe ohne irgend welche Beihilfe von Gefässen, rein vermöge »cellulärer Kräfte« vor sich gehen.

Es erhellt aus Allem, dass sich der Knorpel hier den Zerstörungen gegenüber passiv verhält, während z. B. die Knorpeltuberculose immer im Centrum des Knorpels und damit doch wohl primär, activ in diesem selbst entsteht.

Es scheint übrigens die Knorpelzerstörung hauptsächlich von einer Seite des Septum narium her begonnen, und sich durch die eher und stärker ergriffenen Knochen, sowie durch feinste den Knorpel perforirende fistulöse Gänge auf die andere Seite fortgepflanzt zu haben. Wenigstens muss die Caries auf dieser viel später eingesetzt haben.

An zwei weiteren Knorpelstückchen war eine allgemeine luetische Perichondritis, erst an einer Stelle in eine »fressende« Chondritis übergegangen und hier konnte man sehr schön einige eigenthümliche Verhältnisse sehen, die in dem vorigen Präparate fehlten, anstatt einer oder mehrerer Knorpelzellen lagen runde Zellen und Kerne in den Knorpelzellhöhlen und füllten diese auf das genaueste aus. Ausserdem nahm man noch in einiger Entfernung vom Knorpel die

gequollenen Knorpelzellen wahr, wie sie innerhalb oder auf den Granulationen lagen. Sodann bot sich an einer anderen Stelle ein Bild dar, wie wenn eine kleine Knorpelkuppe durch quere Zerklüftungen und Zerfaserungen sich von der übrigen Knorpelmasse abzutrenmen anschicke: die starke Vergrösserung zeigte, dass hier ein Zug äusserst schmaler und langgedehnter Spindelzellen, die zwischen sich feine blasse Fibrillen, sowie Spuren von Grundsubstanz einschlossen, den Knorpel kreuzte. Sollten die Granulationszellen auf ihrer »Wanderung« hier genöthigt gewesen sein durch äusserst feine Spalten der Grundsubstanz sich zu schmiegen und so eine bedeutende Schmächtigkeit und Ausziehung erfahren haben, oder handelt es sich um eine Umwandlung der Knorpelgrundsubstanz in Bindegewebe? [1]) Wegen der auf das Letztere hinweisenden Fibrillen, die nicht wohl als der Grundsubstanz als solcher angehörig betrachtet werden können, wird die erstgestellte Frage verneint werden müssen.

Da luetische Knorpelerkrankungen am übrigen Körper ziemlich selten sind, gerade der Nasensyphilis aber, bei der sie relativ häufiger vorkommen, einen besonderen Charakter verleihen, so lag in diesem Umstande eine Aufforderung ihre Beschreibung zu einer etwas ausführlicheren zu machen, die man in Berücksichtigung der Mannigfaltigkeit der Bilder hoffentlich nicht zu weitschweifig finden wird.

Der übrigen Präparate, welche im Wesentlichen nichts Neues darboten, sei nur noch in Kürze gedacht. Eine mehrere Centimeter lange, an der breitesten Stelle über $1^1/_2$ Ctm. mächtige, mitunter fast $^1/_2$ Ctm. Dicke abwechselnd glatte und feinhöckerige Gewebsmasse ist eine im höchsten Grade syphilitisch infiltrirte Schleimhaut mit eigenthümlicher Auffaserung der oberflächlichen Epithelien, sowie theilweiser voller Excoriation derselben.

Weiter kann an einem folgenden Präparat wieder rareficirende Ostitis von spongiöser Knochensubstanz bei Umhüllung von wieder ungemein stark mit syphilitischen Zellen und Kernen angeschoppter Schleimhaut beobachtet werden. Ossificirende Processe sind hier nicht deutlich ausgesprochen. Bemerkenswerth ist der grosse Reichthum des Granulationsgewebes der Markräume an strotzend blutgefüllten Capillaren.

---

[1]) Das Verständniss dieser wird nahe gerückt durch die Resultate der von Tillmanns neuerdings angewandten Methode der Trypsinbehandlung hyaliner Knorpelmassen, welche diese in die schönsten Fasern zerlegte. (Die Veröffentlichung der Methode erfolgt demnächst.)

Endlich finde noch Erwähnung ein grösseres Blutgerinnsel, welches Syphilomtrümmer eingekittet enthält, die wahrscheinlich (durch Abquetschung?) einem Präparate entstammen, das um ein vollständig sequestrirtes Knorpelstückchen herum blutig imbibirtes, atrophirendes (verfettendes) Syphilomgewebe aufweist. (Bei starker Vergrösserung sieht man mit Ausnahme einiger lichten Stellen, wo noch deutliche Zellen vorhanden sind, nur eine bräunliche und gelbliche Grundmasse mit zahlreichen feinsten Stippchen: den schwachgefärbten Resten der Zellkerne.)

In keinem der anderen Präparate dieses Falles wurde Verfettung der Infiltratmassen beobachtet: es hat demnach den Anschein, als ob diese auch nie eher beginne, bis die gesammte Schleimhaut incellulirt, in Syphilom verwandelt ist; es gelte dies aber nur für die Fälle, wie den vorliegenden, wo die schwächeren Infiltrationen eben nicht zurückgehen, sondern sich weiter ausbreiten. Ist die Infiltration unter vollständiger Ersetzung ihres ursprünglichen geweblichen Substrates irgend wo bis zum Syphilom gediehen, dann wird regressive Metamorphose, Verfettung, einfache Atrophie — auch die »gummöse« Verflüssigung ist eine solche — erfolgen oder umgekehrt ausgedrückt: wo man neben einfachen syphilitischen Infiltrationen in floridem Stadium compacte gleichmässig syphilitische Zellmassen in Verfettung begriffen findet, gehören sie stets Syphilomen an. Es mag dies einerseits zur Erklärung dienen, weshalb neben nicht verfettenden Infiltraten verfettende solche vorkommen, andererseits eine Anleitung bieten zur sofortigen Scheidung beider.

Ein längere Zeit darnach entferntes nachgewachsenes Knöllchen hatte etwa die Grösse einer kleinen Erbse, war ein wenig abgeflacht und von einer in der Mitte befindlichen, vertieften, gerinnselbedeckten Stelle von rundlicher Gestalt — der Abtrennungsstelle — hingen lange blutdurchsaugte Zottenmassen herunter. Es war hier offenbar von besonderer Wichtigkeit einen entscheidenden Nachweis zu erlangen dafür, ob die Beschaffenheit jenes Knöllchens die Bedeutung des localen Wiederausbruchs der constitutionellen Syphilis oder die einer harmlosen aspecifischen Bildung besitze. Es ergab sich mit Evidenz der erstere Fall. Die abermalige Gegenwart der nun genugsam beschriebenen Zellen und Kerne, wenn auch nur in mässiger Menge und Dichtigkeit in einer wuchernden Schleimhaut bei einem Individuum,

das erst vor Wochen im stärksten Grade mit Nasensyphiliden aller Art behaftet war, lässt keinen Zweifel über die thatsächlich luetische Natur des Gebildes und es bleibt gleichgiltig, ob man es als Ueberbleibsel der früheren auffassen will, das sich aus zurückgelassenen „Zellkernen" entwickelt hätte, ähnlich wie ein locales Carcinomrecidiv, oder ob man eine rasch wieder erloschene „Latenz" substituire. Mehr wie das Infiltrat verdient die Schleimhaut noch eine Bemerkung. Sie enthält nicht einzige Drüse, besitzt aber sonst ganz die Charaktere der Nasenschleimhaut: geschichtetes Cylinderepithel, ziemlich reichliche Capillaren, mehr eng reticulirtes als gewelltes Bindegewebe. Entweder stammt sie nun aus einer der Nebenhöhlen der Nase, welche nur spärliche Drüsen aufweisen, oder sie entstand auf dem Boden einer drüsenlosen Schleimhautnarbe als neue luxurirende Schleimhaut ohne Drüsenschläuche. Auch in dem ersten Fall müsste sie für hypertrophirt gelten, da die Schleimhaut der Nebenhöhlen unter normalen Verhältnissen nur einen sehr feinen und straffen Ueberzug des Knochens bildet.

Wenn man bedenkt, dass sich geradezu alle zur Untersuchung gekommenen Präparate als florid-luetische auswiesen mit der offenbaren Signatur einer Neigung zu kräftig um sich greifender Verbreitung, so wird man das neuere operative Verfahren der Entfernung dieser specifisch erkrankten zur Restitution wenig oder gar nicht tendirenden Gewebstheile, gegenüber dem blossen „à propos" des alleinigen Gebrauches von Mercur und Jod als sehr segensreich begrüssen müssen, nicht nur für die Leidenden, sondern auch für den pathologischen Anatomen, der durch dieses Verfahren gewiss allmälig mehr in den Stand gesetzt wird, auch über die Syphilis der Nase besser Auskunft zu geben, die Nasensyphilis, welche E. Wagner in seinen so umfassenden Untersuchungen der luetischen Gewebsneubildungen seinerzeit vom pathologisch-anatomischen Standpunkt als so gut wie unbekannt hinstellen musste.

Ich gestatte mir betreffs der von mir behandelten Fälle einige allgemeine Bemerkungen, zunächst solche in Bezug auf die Gestaltveränderung der Nase in Folge syphilitischer Processe. Dieselbe ist eine verschiedenartige, je nach dem Sitze des zerstörenden Krankheitsprocesses.

In einem hier nicht erwähnten Falle, wo sich noch schmerzhafte Auftreibungen der Tibia vorfanden, hatten Ulcerationen die

Hautbekleidung des knorpligen Nasentheils bis auf den Knorpel zerstört; dagegen blieb letzterer verschont. Es entstand hiedurch eine in eine feine Spitze zulaufende Nasenform, eine Habichtsnase.

In einem anderen Falle wieder (siehe meinen Fall VIII) wird durch Ulceration von der Schleimhautfläche aus der Knorpel zerstört, so dass nur noch der Hautüberzug bestehen bleibt, der Knorpel erscheint gewissermassen unter der Haut wie weggezogen. Ist hiebei auch das knorplige Septum zerstört, so fällt die untere Nasenhälfte in sich zusammen, während der knöcherne Nasenrücken stehen bleibt. Manchmal erstreckt sich die Zerstörung blos auf einzelne Knorpeltheile, z. B. der Nasenflügel. So sah ich vor einigen Jahren ein den rechten Nasenflügel zunächst unförmlich auftreibendes, zerfallendes Gumma. Es gelang, dasselbe zu beseitigen. Der noch häutige Theil des Nasenflügels war stehen geblieben, kerbte sich nach innen ein und verursachte bedeutende Verengerung der Nasenöffnung. Letzteres geschah auch in dem Falle VIII. Im Gegensatz hiezu kann bei Ergriffensein der Nasenbeine der knorplige Nasentheil bestehen bleiben. Es sinkt dann der knöcherne Nasenrücken ein und die Nasenspitze ragt mehr nach oben vor. Oder aber es kommt an der Grenze der knöchernen und knorpligen Nase zu mehr oder weniger starker Einsenkung, je nach deren mehr oder weniger ausgedehntem Ergriffensein. Der Fall XV bietet ein solches Beispiel, wobei allerdings das Einsinken arretirt wurde.

In anderen Fällen kommt es nicht zur Sattelbildung, sondern zu allgemeiner Abflachung und Verbreiterung (siehe meinen Fall VII. Selh). In Folge des durch die Schleimhautulceration unterhaltenen Entzündungsprocesses entsteht eine Aufweichung der Knorpel und der überziehenden Haut; durch die gleichzeitige Zerstörung des knorpligen, sowie theilweise des häutigen Septums, sinkt der bewegliche Nasentheil breit auf das Gesicht unter Verschiebung der Nasenöffnungen.

In diesem Falle gelang es auch, die plötzlich an den äusseren Nasentheilen aufgetretenen geschwürig zerfallenden Gewebsinfiltrate zur Vernarbung zu bringen. Wo dies nicht geschieht, kommt es z. B. beim Sitze auf der äusseren Nasenwand zur Zerstörung des unterliegenden Knochens, zu mehr weniger grossen Defecten der Seitenwand des knöchernen Gerüstes, des Siebbeines, so dass man

in solchen Fällen bequem den Nasopharyngealraum und die Basis cranii betrachten kann.

Ueber die Natur der syphilitischen Krankheitsprocesse der Nase geben die Untersuchungen Herrn Dr. Sänger's den schönsten Aufschluss und ergänzen die Lücke, die bei ihrer Beschreibung bisheran so sehr fühlbar war. Wir brauchen nun nicht mehr darüber zu streiten, wie und ob Knorpel und Knochen der Nase primär oder erst secundär als von dem Fortschreiten einer Schleimhautpapel oder Ulceration abhängig erkranken, da ihre selbstständige Erkrankung nachgewiesen ist. Ich mache hiebei besonders auf den häufigen Befund polypöser Schleimhautwucherungen bei der Nasensyphilis aufmerksam; dieselben scheinen meist auf Knochenerkrankungen zu deuten und beherbergen oft Knochennadeln.

Viele der in meinen Fällen zu Defecten führenden syphilitischen Processe der inneren Nase waren sich allmälig entwickelnde Flächenerkrankungen, was wohl durch die Gestaltung der inneren Nasentheile bedingt ist; sie scheinen mit der der ersten Secundärperiode der Syphilis angehörenden Papelbildung nichts zu thun zu haben; wenigstens kam letztere in den erwähnten Fällen nicht zur Beobachtung. Es waren vielmehr Verdickungen oder solche mit Ulceration. Manche sogenannte katarrhalische, syphilitische Rhinitis beruht wohl auf Erkrankung der Nasenknochen, resp. der Muscheln. Hiezu rechne ich wiederholt von mir behandelte Fälle, wo man blos eine Art Auftreibung der die Nasenhöhle bekleidenden Theile in ihrer Gesammtheit erkennen konnte, so dass die Schleimhaut der Seitenwände und der Scheidewand lange Zeit dicht aneinanderlagen. In einem dieser Fälle war während 12 Monate bereits — 10 Jahre nach der Infection — nur Mundathmung möglich.

Auch den Fall XIII kann man hieher rechnen, wo nach erfolgter Heilung der schwer erkrankten rechten Nasenhöhle der Verschluss der linksseitigen Nasengänge sich wiederholt einstellte. Es ist nun denkbar, dass schon durch den fortwährenden Druck schliesslich Substanzverluste der Schleimhaut sich einstellen können. Man findet hier nicht selten nach Beseitigung der Schwellung Perforation des Septums, die man vorher nicht vermuthete. Die syphilitische Infiltration der inneren Nasentheile besteht viel längere Zeit fort, als man gemeinhin glaubte, wie dies Herr Dr. Sänger Fall XV nachweist, hiedurch ist der sich wiederholende rebellische

Charakter der Nasensyphilis erklärt, da, wo man den Frieden schon erzwungen wähnte, und zwar trotz ausgedehnter specifischer Curen. Von letzteren lässt sich nun in meinen Fällen das Positive sagen, dass sie nicht geschadet haben, weder der allgemeinen Constitution, noch den örtlich ergriffenen Theilen, wobei ich die Frage diesmal unberührt lasse, ob die Mitanwendung unserer Schwefelthermen hiebei von Einfluss war, deren in diesem Winter von Herrn Dr. Wings in meinem und anderer Collegen Beisein vorgenommene Untersuchung auf SH-Gas mit Bezug auf die verschiedenen Badeweisen sehr bedeutsame Aufschlüsse gegeben hat, die im Laufe dieses Jahres veröffentlicht werden sollen. Ob aber diese specifischen Curen in den genannten Fällen, resp. in vielen derselben überflüssig waren, das bedarf noch einer kurzen Besprechung. Letztere sich aufdrängende Anschauung würde ja derjenigen entsprechen, wonach gar häufig die späteren Erkrankungen in Folge der Syphilis nur die Bedeutung eines örtlichen Leidens besitzen. Bekanntlich hat J. Hutchinson im Anfange vorigen Jahres in der London pathological society die hochinteressante Debatte hierüber angeregt, an der sich die besten Kräfte betheiligten. Von der Ansicht ausgehend, dass die Syphilis eine Fiebererkrankung von specifischem Charakter sei, die ihre Periode a) der Incubation, b) des Ausbruchs (Primäraffect) c) des Exanthems und zuweilen d) die der sogenannten Tertiärerscheinungen (sequelae) habe, lässt er zunächst die bis jetzt übliche Eintheilung in secundäre und tertiäre Formen fallen und setzt an ihre Stelle das symmetrische und asymmetrische Stadium. Das symmetrische zeigte ganz unabhängig von der Form des Krankheitsproductes die constitutionelle Erkrankung an, das asymmetrische (tertiäre) Stadium sei, ganz unabhängig von der Form des Krankheitsproductes (gleichviel ob dies trockene, ulceröse, oder Geschwulstformen sind), nur der Ausdruck einer leidenden Localität und zwar meist einer solchen, die in dem früher vorhanden gewesenen constitutionellen Leiden erkrankt war. Bei diesen asymmetrischen Formen, die durch eine möglichst früh begonnene und ein Jahr dauernde mercurielle Behandlung unmöglich gemacht werden dürften, sei ein constitutionelles Leiden nicht mehr vorhanden. Demnach bedürften letztere Formen keiner allgemeinen Behandlung, und wenn er, Hutchinson, hiebei die innerliche Anwendung des Jodkali (so namentlich bei den asymmetrischen, tertiären Af-

fectionen der inneren Organe) als das Hauptmittel ansehe, so geschehe dies in dem Bewusstsein, dass es nur als örtliches Heilmittel hier wirke; indem es nämlich überall hinkomme, käme es auch an den begrenzten Locus morbi.

Sehen wir von diesem letztern kühnen Sophismus ab, so sind unter den von mir angeführten Fällen verschiedene, welche für Hutchinson's Auffassung sprechen könnten. Jedoch auch abgesehen davon, dass man nicht deshalb das Nasenleiden ein locales nennen kann, weil es ohne entferntere Complication bloss in der einen Nasenhöhle; und nicht deshalb ein constitutionelles, weil es sich auf beide Höhlen erstreckt, sehen wir nicht allein bei einseitigem, sondern auch bei beiderseitigem specifischen Nasenleiden entferntere Complicationen. Ja in dem Fall XV sehen wir aus der Untersuchung Herrn Dr. Sänger's solche Gewebsveränderungen, wie sie auch ähnlich bei anderen bloss auf die Nase beschränkten Syphilisformen vorgefunden sind. Und wenn man nun diesen Fall XV., wo neben der Nasenhöhle und ihren Theilen die Schädelknochen und die Nieren erkrankt sind, als auf constitutioneller Erkrankung beruhend beurtheilen muss (ebenso auch Fall XIV mit einseitiger Nasenaffection), so meine ich, dürfen wir überhaupt den verwandten angeführten Fällen die constitutionelle Erkrankung nicht deshalb absprechen, weil ihnen entferntere Complicationen fehlen. Dass deren örtliche Aeusserung durch specifische Curen nicht befriedigend geheilt wird, beweist eben der letzteren öftere Unzulänglichkeit in Bezug auf ihre örtliche Wirkung; ich möchte sie aber deshalb bis jetzt bei scheinbar örtlichen Affectionen nicht entbehren, wie sehr auch durch meine Fälle das örtliche Heilverfahren als ein dringendes Erforderniss hingestellt wird. Auch der örtliche durch Volkmann eingeführte Eingriff, wie heilsam er sich herausstellt, reicht nicht aus, alle Stellen der Nasenhöhle vollständig von syphilitischen Bildungen zu befreien; neben und nach demselben ist eine längere Ueberwachung und wiederholtes locales Einschreiten überall da sofort erforderlich, wo bei scheinbarer Heilung sich wieder pathologische Veränderungen vordrängen. Gerade Fall XV beweist dies durch die mikroskopische Untersuchung Herrn Dr. Sänger's, die an dem herausgenommenen Schleimhautpolypen nach viermonatlicher Curzeit bei scheinbarer localer Heilung vorgenommen wird; ferner durch die sich hier wiederholenden Ab-

stossungen feiner Knochenbälkchen zu einer Zeit, wo man der Ausheilung sicher zu sein glaubte. Durch den Volkmann'schen Eingriff aber entfernt man in grossen Zügen grosse erkrankte Flächen, vermindert so den örtlichen Contact des Kranken mit Gesundem, schafft anderen Mitteln leichteren Zugang, schafft einfachere Heilungsverhältnisse und hemmt die bis dahin unerbittlich vorwärts schreitenden Zerstörungen.

Ich habe aus dem Verlauf meiner Fälle die Ueberzeugung gewonnen, dass durch den Volkmann'schen Eingriff in Verbindung mit nachfolgender monatlanger Ueberwachung, sowie behutsamer Allgemeinbehandlung die Nasen vor der Verunstaltung bewahrt werden können, vorausgesetzt natürlich, dass der Kranke nicht bereits mit Zerstörung der Knorpel oder der gestaltgebenden Knochen in die Behandlung tritt. Ja, es ist nicht so unwahrscheinlich, dass, um möglichst sicher alles Krankhafte der Nase zu entfernen, selbst bei einseitiger tiefer Erkrankung man an die Ausräumung der Muscheln, des Siebbeines in der Zukunft denken dürfte, auch wenn diese Theile noch nicht erkrankt scheinen. Allerdings würde die gewissenhafte Entfernung hoch hinaufreichender Theile hiebei grosse Schwierigkeiten machen. Immerhin ist bei einseitiger Erkrankung der Nasenknochen eine wiederholte Anwendung des scharfen Löffels nöthig besonders bei enger Nasenhöhle und da, wo der Process sehr hoch sitzt. Es sind dies, wie Volkmann auch erwähnt, die schwerer zu behandelnden Fälle. Bei hochsitzender Caries kann man immer auf oft langdauernde Nachblutungen gefasst sein; sie lassen sich oft gar nicht durch Eiswasser, wohl aber durch einen kleinen Wattetampon, unter Zuhilfenahme der Beleuchtung der blutenden Stelle mittels des Voltolini'schen Spiegels eingeführt, sicher stillen (siehe Fall XI).

Die Ausschabung ist leicht bei geräumiger Nasenhöhle, da also, wo bereits die vorderen Theile der Muscheln und des Septum entfernt sind. Nicht selten liegen verschiedene Theile des Oberkiefers blos, namentlich solche des Processus palatinus; ihre gewaltsame Entfernung bedingt fast nothwendig Perforation in den Mund, letztere tritt aber auch bei passivem Verhalten ein, und deshalb ziehe ich die instrumentelle Entfernung, wo der Knochen nicht, wie in der Nähe der Zähne, zu grosse Hindernisse durch sein Volumen

macht, dem langsamen oft mehrere Jahre beanspruchenden Abstossungsprocesse vor.

In Bezug auf die Anwendungsweise des scharfen Löffels verweise ich auf die Eingangs erwähnten Arbeiten von Schede und Volkmann.

Diffuse Schwellungen der noch glatten Schleimhaut, bedingt durch Erkrankung der unter ihr liegenden Knochen, eignen sich nicht für den Löffel; sie weichen oft einem specifischen Curverfahren. Der scharfe Löffel tritt in sein Recht bei begonnenen Erweichungs- respective Ulcerationsvorgängen.

Grössere Schleimhautwucherungen eignen sich nicht so sehr für die Anwendung des Löffels. Abgesehen von den hiebei oft eintretenden langdauernden Nachblutungen, treten diese Wucherungen oft zwischen engen Spalten des Siebbeines und benachbarter Theile hervor; während ihre Wurzeln durch den scharfen Löffel nicht erreicht und entfernt werden und deshalb wieder nachwachsen, fasst und entfernt man diese in einfacher und schonender Weise mit der galvanocaustischen Schlinge.

In Bezug auf örtliche Nachbehandlung nach der Ausräumung empfiehlt Volkmann das Ausfüllen der Nasenhöhle mit in Carbolöl getauchten Wattetampons. Es gehen oft deren einige zwanzig in die Nasenhöhle. Der Patient lernt bald mit ihnen ohne Unbequemlichkeit zu leben; ihr Hauptverdienst ist das Vermeiden der Borkenbildung; die Nasenhöhlenschleimhaut wird durch sie feucht erhalten, indem der abgesonderte Schleim in die Watte zieht, und bleibt vor äusseren Schädlichkeiten geschützt. Dieselben verhindern aber nicht das Auftreten neuer Quellung, resp. Erweichung der Schleimhaut und Blosslegung von Knochentheilchen; man muss demnach auch bei ihrer monatelangen Anwendung die Nasenhöhle durch Inspection überwachen, um gegen sich zeigende Granulationen einzuschreiten. Zuweilen hängen dieselben von feinen Knochenlamellen ab, die in der Schleimhaut eingebettet sind und die allmälig mit feinen Spitzen sich durch sie durchdrängen. Namentlich da, wo die vorsichtige Berührung mit der Sonde Blutung veranlasst, kann man ziemlich sicher sein, dass entweder ulceröser Zerfall oder cariöser Knochen zu erwarten ist.

Was die von mir als örtlich einwirkendes Mittel angewandten Jodinhalationen betrifft, so scheinen sie auf den Heilungsvorgang

der erkrankten Nasenhöhle einen günstigen Einfluss zu üben. Jedoch muss ich hierüber noch weitere Erfahrungen sammeln, ehe ich sie als ein hervorragendes Mittel erklären dürfte. Das kann ich jedoch sagen, dass der Uebergang des Jods in den Harn durch die Einathmung mittelst der Nase durchaus nicht so leicht vor sich geht, wie man das gemeinhin glauben sollte und auch behauptet hat.

Nicht selten findet man die hinteren Theile des Nasenraumes resp. des Pharynxkopfes mit erkrankt. Da, wo der weiche Gaumen vom Munde aus betrachtet, sammtartig entweder diffus oder umschrieben geschwellt ist und dunkelroth erscheint, kann man sicher sein, dass auf seiner Nasenhöhlenseite sich Geschwulstbildung befindet, und dass ein Durchbruch in den Mund nothwendig erfolgen muss, wenn nicht durch allgemeine und örtliche Behandlung alsbald dagegen aufgetreten wird. Man kann sich entweder mit der Fingeruntersuchung Klarheit über diese Nasopharynxhöhlenprocesse verschaffen, indem man vom Munde aus nach oben und vorne hinter das Zäpfchen mit dem Finger geht, oder aber durch das Rhinoskop. Von den vielen Nasenrachenspiegeln ist offenbar der Michels'sche, sowie der Fränkel'sche der beste. Aber in der ersten Zeit ist es ein schweres und Tage dauerndes Bemühen, hiemit zurechtzukommen. Man hat gerathen, mittels Bellocq'schen Röhrchens ein Seidenband durch die Nase in den Mund zu führen und die Enden vorne zusammenzubinden, dies durch den Patienten hoch halten zu lassen, um so den freien Rand des weichen Gaumens nach vorne zu ziehen, oder selbst zwei solcher Bändchen resp. Kautschukröhren, durch jeden Nasengang eines; man hebt hiemit niemals das Zäpfchen selbst, und der hiebei sich in grosser Menge bildende zähe Schleim trübt bald den Spiegel. Als ein besseres und einfaches Verfahren rathe ich an, sobald der Spiegel hinter dem Zäpfchen liegt, den Patienten durch die Nase ein und ausathmen zu lassen, das Zäpfchen hängt dann schlaff herunter, und man kann bald die seitlich über und vor ihm liegenden Theile beiderseits betrachten.

Ich habe mit Absicht den Ausdruck „Ozaena syphilitica" nicht gebraucht, weil er als allgemeine Bezeichnung der syphilitischen Nasenerkrankungen unhaltbar ist. Ueblen Geruch findet man durchaus nicht immer bei Rhinitis syphilitica. In den Fällen, wo

ich ihn bei meinen Kranken fand, hing er meist von faulenden Borken und Knochenpartikeln ab. In einem hier nicht angeführten Falle schwand die Ozaena nach Entfernung eines grossen schwarzen necrotischen Knochenstückes, mit dessen Entfernung überhaupt das Leiden aufhörte, da eine örtliche Erkrankung nicht nachweisbar war. Durch wiederholte Reinigung der Nase, Entfernung der Borken mittels Instrumente, sowie fleissiges Ausspülen der Nase gelingt es immer, den üblen objectiven Geruch zu beseitigen, während der syphilitische Process weiter geht. Der subjective üble Geruch hing in Einem Falle auch von brandigem Gewebe ab, in einem anderen wohl von zähem, festhaftenden Schleime. Der Verlust des Geruchsinnes kehrt zuweilen bei der Ausheilung zurück; so war es in dem bereits im Jahrgang 1876 II. Heft dieses Arch. erzählten Falle. Wattetampons, die gegen blutende Flächen der Nase lagen, nehmen bei mehrere Tage langem Verweilen den Ozaenageruch an; es handelt sich demnach bei den mit Ozaena einhergehenden syphilitischen Nasenerkrankungen wesentlich um die Zersetzung der Nasenflüssigkeiten resp. des todten Naseninhaltes.

Indem ich schliesslich auf die Schlussworte des Herrn Dr. Sänger nochmals verweise, möchte ich durch vorstehende Arbeit beigetragen haben zu der Ueberzeugung, dass die Heilung der syphilitischen Nasenerkrankung in ein viel günstigeres Stadium getreten ist, und dass die Verstümmelung der Nase und hiemit des Gesichtes, „das Einstürzen der Nase“, das den armen Syphiliskranken fortwährend wie ein Damoklesschwert umschwebt, als ein immer seltener werdendes Vorkommniss hintangehalten werden kann. Ist dies gelungen, so hat die Arbeit in dem neuen Muthe, mit dem an man die Behandlung der Nasensyphilis tritt, ihren Zweck erreicht.

Aachen, Ende Februar 1877.

Nachtrag: „Das Verfahren, bei der Untersuchung mittelst des Rhinoskopes den Patienten durch die Nase einathmen zu lassen, wodurch das Velum palat. schlaff herunter hängt, ist bereits, wie ich nachträglich erfahren habe, vor 10 Jahren von dem Ohrenarzte Hrn. Dr. Löwenberg in Paris im Archiv f. Ohrheilk. 1867 angegeben worden, was ich hiemit gerne hervorhebe.“

Dr. Schuster.

Erklärung der Abbildungen zu Tafel I.

1. Fall IX. Polypöse Hypertrophie der Nasenschleimhaut mit subepithelialer kleinzellig-syphilitischer Wucherung (H $^3/_4$).
   - *v* innere, vasculäre Zone.
   - *w* äussere, celluläre Wucherungszone.
   - *a* Abtrennungsstelle. Blutcoagula und grosse Schleimdrüsenacini. Die Blutungen auch in das Bindegewebe hinein fortgesetzt.
   - *c* erweiterte Capillaren, grösstentheils leer gelassen.
   - *d* Drüsenacini, mit infiltrirtem Stroma.
   - *d* Schleimdrüse mit hochgradiger interacinöser Wucherung.
   - *h* Hämatoidinpigment.
   - *b* quergetroffene Epithelbucht.
   - *e* Epithel.
2. Fall X. Caries granulosa occlusa unter schwach infiltrirter, theils hypertrophischer, theils myxomatös entarteter Schleimhaut (H. $^3/_4$ Vergl. vor Allem Fall XV und das dort Gesagte!).
   - *sc* Schleimhaut, zellig infiltrirt (auf der nicht ganz ausgezeichneten Seite stärkere Infiltration).
   - *sm* Schleimhaut, myxomatös entartet, zwischen den Knochen gelegen.
   - *e* Epithel.
   - *c* Capillaren.
   - *d* Drüsen (stets infiltrirt).
   - *kk* Knochen, gegen die myxomatöse Schleimhaut zu fast intact.
   - *oo* Riesenzellen (Osteoclasten) in tiefen Howship'schen Lacunen.
   - *bb* Tiefere mit Granulationsgewebe erfüllte Buchten des rareficirten Knochens.
   - *gg* Knochen vollständig untergegangen, in Spindelzellgewebe verwandelt.
   - *r* Reste von Knochen in diesem.
   - *p* Hämatoidinpigment.
   - *h* frische Blutung.
3. Fall XIV. Syphilitisches Reticulum (H. $^3/_7$).
   - *c* Capillare mit wuchernden Endothelien.
   - *m* engere Maschen des Reticulum übergehend in
   - *s* Spindelzellgewebe.
   - *r* Einlagen des Reticulum, theils freie Kerne, theils runde und gegen die Capillaren zu ovale Zellen, welch' letztere aus den Endothelien hervorzugehen scheinen.
4. Fall XV. Caries des Vomer und des anstossendenden Knorpels seu Septum narium (H. $^3/_4$).
   - *kn* Reste von Knochengewebe innerhalb des
   - *gg* Granulationsgewebes.
   - *kl* tiefere cariöse Zerstörung der einen Seite des Knorpels.
   - *kl'* Knorpel der anderen Seite, Perichondrium in Wucherung begriffen, Randschichten des Knorpels noch erhalten.
   - *cc* tiefe Aushöhlungen des Knorpels, ausgefüllt mit Granulationsgewebe.
   - *h* Blutung.

Ueber die Excision der syphilitischen Initial-Sclerose.

Von Prof. **Heinrich Auspitz** in Wien.

Die Idee, eine abortive Behandlung venerischer Primäraffecte einzuleiten, ist, seitdem man überhaupt den Zusammenhang zwischen der Allgemeinerkrankung und den localen Folgen der Contagion erkennen gelernt hatte, bald aufgetaucht und niemals mehr gänzlich verschwunden. Bezüglich derjenigen venerischen Geschwürsformen, welche gewöhnlich nicht zu Allgemeinerscheinungen zu führen pflegen, der weichen Schanker, ist die rechtzeitige Cauterisation allgemein als ein geeignetes Abortivmittel der Schankerentwicklung angesehen und geübt. Weniger einmüthig haben sich die Anschauungen in Bezug auf die Behandlung der syphilitischen Initial-Sclerose entwickelt. Während John Hunter noch die Zerstörung des harten Schankers durch Aetzmittel und Exstirpation empfahl[1]), hat man seither immer allgemeiner die Exstinction des harten Schankers als verwerflich erklärt (Beaumès, Vidal). Noch entschiedener stellte sich diese Meinung fest, sobald die streng dualistische Lehre in der Syphilidologie die Oberhand gewonnen hatte, und es zum Axiom erhoben worden war, dass die Sclerose an der Eingangsstelle der Ansteckung als ein Symptom der schon vollzogenen Allgemeinvergiftung anzusehen sei. Die Extermination eines, wenn auch des ersten Symptomes der Vergiftung kann ja offenbar keinen Sinn haben, wenn im Hinter-

---

[1]) John Hunter's Abhandl. über d. vener. Krankh. Aus dem Engl. Leipzig 1787. pag. 386.

grunde eine mit Unheil gefüllte Pandorabüchse schon geöffnet bereit steht. Der Versuch muss aber nicht allein ein vergeblicher, sondern er muss auch ein schädlicher sein; die Vulnerabilität Syphilitischer spielt ja längst eine grosse Rolle in den Köpfen der Kliniker.

Bei dem imponirenden Einflusse, welchen eine in die öffentliche Meinung übergegangene Hypothese zu üben pflegt, ist es daher begreiflich, dass einige Versuche, welche in den letzten Jahren gemacht worden sind, auf die ectrotische Methode zurückzukommen, wenig Anklang gefunden haben, wenn auch die frühzeitige Aetzung von einigen Klinikern mit Vorliebe vorgenommen wurde. So hat v. Sigmund[1]) Versuche mit Aetzungen an Personen vorgenommen, welche, mit nicht syphilitischen Verletzungen behaftet, die Wundstellen in Berührung mit syphilitischen Formen gebracht hatten. Seine Statistik ergab, dass von 35 (mit Wiener Pasta, Sublimat, Kupfersulfat) Geätzten 25 gesund blieben, u. zw. von den an den ersten zwei Tagen Geätzten (15) die Zahl von 14, von den an den ersten drei Tagen Geätzten (24) die Zahl von 21, unter 11 später Geätzten nur 4. Von 22 indifferent Behandelten aber wurden 11 von Syphilis befallen. Es erkrankten also im Ganzen von den Geätzten 28 %, von den Nichtgeätzten 50 %.

v. Sigmund hat auch über die Erfolge von Aetzungen bei Personen berichtet, welche nach einem geschlechtlichen Verkehre Verletzungen darboten. Besonderes Gewicht legt v. S. auf 147 Fälle, welche mehrere Male (nach verschiedenen verdächtigen Berührungen) sich der Aetzung unterzogen, und von denen er an 92 die Ansteckungsquellen als notorisch syphilitisch eruiren konnte. Von diesen 147 erkrankten an Syphilis 53. Im Ganzen spricht sich also v. S. für den Erfolg solcher rechtzeitig vorgenommenen Aetzungen in Fällen, wo es noch zu keiner Localaffection gekommen ist, aus, und zwar mit grösster Chance innerhalb der ersten drei Tage nach der verdächtigen Berührung. Auch nach diesen drei Tagen sei jedoch die Aetzung noch immer zu empfehlen. Bei schon entwickelten Indurationen u. s. w. hält v. Sigmund die

---

[1]) Wiener med. Wochenschr. 1867, Nr. 43, 44, 46, 53. Ueber die Behandlung der ersten Merkmale und Erscheinungen der Syphilis.

Aetzung nicht für ein Prophylacticum, aber doch wegen der Zerstörung der Impfquelle und erzielter guter Vernarbung für nützlich.

In einem späteren Aufsatze [1]) spricht sich v. Sigmund, von der Theorie ausgehend, „dass die einmal entwickelte primitive Induration oder Papel erst in einer Zeitperiode wahrnehmbar wird, in welcher ein beträchtlicher Theil des übrigen Organismus bereits mit ergriffen ist“, dahin aus, dass die operative Entfernung eines von primären Syphilisformen besetzten Gewebstheiles niemals geeignet sei, der Entwicklung der consecutiven allgemeinen Syphilis vorzubeugen.

Ueber wirkliche Versuche von Excision harter Schanker hat jedoch Hueter in einem Vortrage in der Berliner med. Gesellschaft vom 27. Mai 1867 [2]) zuerst wieder nach folgendem Verfahren berichtet:

„Zunächst wird das Geschwür durch eine energische und mehrere Minuten anhaltende Irrigation von warmem Wasser, dem etwas übermangansaures Kali zugesetzt ist, gereinigt, dann mittelst einer Hakenpincette in die Höhe gehoben und mit einem Scherenschnitte excidirt. Die Wunde wird dann durch Sutur und unter Benützung einer anderen Hakenpincette vereinigt. Von 7 auf diese Weise operirten Fällen heilten 2 durch prima intentio, in 4 Fällen erfolgte an einigen Stellen die Heilung mit Eiterung. In einem Falle, in welchem Ulcus durum zugleich mit Phimosis und Drüsenanschwellung vorhanden war und in welchem die Circumcision gemacht wurde, erfolgten Recidive von harten Geschwüren. In den 6 anderen Fällen erfolgte kein Recidiv. Nur 2 von diesen 7 Fällen konnten 5—6 Monate lang beobachtet werden, während dieser Zeit trat keine secundäre Syphilis auf.

„Herr H. (so fährt der Sitzungsbericht fort) hält die Excision der Präputialgeschwüre für empfehlenswerth, so lange noch keine Drüsenanschwellungen vorhanden sind; jedenfalls lässt sich dadurch die Dauer der primären Affection bedeutend abkürzen und vielleicht auch das Auftreten primärer Affectionen vermeiden oder doch mildern.“

---

[1]) Wiener med. Wochenschr. 1871, Nr. 21, 22. Ueber die Beschneidung bei Syphilis der Vorhaut und Eichel.

[2]) Berliner klinische Wochenschr. 1867, Nr. 27.

„Herr C. Mayer führte hierauf an, dass er indurirte Geschwüre bei Operation der Phimose mit entfernt und dennoch secundäre Syphilis auftreten gesehen habe, worauf v. Langenbeck mittheilte, dass er im Jahre 1840 ebenfalls in 2 Fällen syphilitische Geschwüre zugleich mit dem Präputium entfernt habe. In einem Falle, in welchem sich bei Operation der Phimose drei Ulcera dura an der Innenfläche des Präputium fanden, wurde das ganze Präputium abgetragen und der Patient etwa ein Jahr lang beobachtet; während dieser Zeit traten keine secundären Erscheinungen auf. In einem ähnlichen Falle, in welchem weiche Geschwüre vorhanden waren, geriethen die Wunden in Eiterung."

„Herr Ulrich endlich gab an, dass er in 3 Fällen die Ulcera vollständig excidirt, aber in der Narbe erbsengrosse Indurationen erhalten habe."

Coulson[1]) beschreibt einen Fall von Circumcision folgender Massen: „Vor einigen Jahren wurde ein Kranker mit einem kleinen, aber gut ausgebildeten harten Schanker an dem Rande der etwas verlängerten Vorhaut in das Spital aufgenommen. Ich machte die Circumcision mit einem neuen Scalpel und vernähte die Wundränder sorgfältig. Die Wunde zeigte die ersten drei Tage ein gesundes Aussehen und die Nähte wurden entfernt, aber später wurden die Schnittränder hart und constitutionelle Syphilis folgte in der gewöhnlichen, durch die Operation in keiner Beziehung modificirten Weise."

In der „Presse médicale bélge" 1870, Nr. 38 erschien ein Aufsatz von Thiry unter dem Titel: „Chancre préputio-glandulaire, Induration vérolique initiale. Enlèvement de l'induration. Reproduction immédiate. Syphilis constitutionelle", in welchem ein Fall von Excision beschrieben und angegeben wird, dass die anfänglich reine Wunde sich bald in ein übel aussehendes Geschwür verwandelt habe, welches zwar ziemlich schnell vernarbte, aber unter der Narbe das Syphiloma mit allen seinen specifischen Charakteren zeigte. Nach zweimonatlicher Mercurbehandlung waren die allgemeinen Krankheitszeichen verschwunden, aber unter der Schankernarbe blieben noch einige kaum wahrnehmbare Indurationskerne, welche noch immer einen Rückfall fürchten liessen.

---

[1]) Treatise on Syphilis. London 1869.

Eine nähere Ausführung des oben erwähnten Vortrages von Hueter erfolgte erst 4 Jahre später (1871) durch Prof. Paul Vogt, den damaligen Assistenzarzt Hueter's in Greifswald [1]). Vogt stellt als geeignet für die Excision auf: 1. alle Präputialschanker, welche frisch zur Behandlung kommen. Als strenger Unicist macht er dabei zwischen weichem und hartem Schanker keinen Unterschied, da ja auch die ersteren zur Allgemeininfection führen können; 2. Induration und Papeln am Präputium und auch den Labien der Weiber. Die Methode, welche er anwendet, ist dieselbe, wie die früher von Hueter angegebene. Einer der Fälle Vogt's ist in einer unter dessen Leitung 1874 geschriebenen Dissertation [2]) genauer beschrieben:

»Der Matrose P. aus Wieck präsentirte sich im Herbst 1871 in der Greifswalder chirurgischen Poliklinik mit einem bereits seit 8 Tagen bestehenden erbsengrossen Ulcus am inneren Präputialblatte. Angeblich war das Geschwür erst beinahe 2 Wochen nach dem letzten Coitus entstanden. Von weiteren Complicationen bestand eine indolente Schwellung der linkseitigen Leistendrüsen; im Uebrigen keinerlei Anhalt für die Annahme einer bereits stattgehabten Allgemeininfection. Das Geschwür selbst zeigte eine ausgeprägte Callosität am Rande und in der nächsten Umgebung, doch war diese ganz verdickte Partie noch auf dem äusseren Präputialplatte verschiebbar und liess sich in einer Falte vollständig abheben. Nachdem durch Irrigation die ganze Partie sorgfältig gereinigt war, wurde mit einer Hakenpincette das Ulcus gefasst, stark abgezogen und mit der krummen Scheere das Geschwür mit der callösen Umgebung in Form eines Ovals excidirt, und nach nochmaliger sorgfältiger Irrigation wurden dann Nähte angelegt und Patient mit einem gewöhnlichen Druckverbande nach Hause entlassen. Bei der nach zwei Tagen erfolgten Besichtigung fand sich die Wunde per primam verheilt, so dass die Nähte entfernt wurden und ausser einer geringen ödematösen Schwellung der Präputialfalte örtlich keinerlei Veränderungen bemerkbar blieben. Der linkseitige Bubo war von gleicher Consistenz und Grösse, verschwand aber nach etwa 3 Wochen nach einfacher Jodbepinselung vollständig. Bei der bis zum Frühjahr

---

[1]) Berliner klinische Wochenschr. 1871, Nr. 38

[2]) Von F. Kaszlinski. Durch die Güte des Herrn Prof. Vogt mir zugesendet.

1874, also einen Zeitraum von 3 Jahren, fortgesetzten controlirenden Beobachtung des Patienten haben sich keinerlei Symptome, weder örtliche Recidive, noch Spuren allgemeiner Lues gezeigt.«

Vogt hat übrigens — einer brieflichen Mittheilung vom vorigen Jahre zufolge — eine grössere Anzahl von Excisionen (über 20) ausgeführt und verfolgt, und erklärt, auf seinen früher ausgesprochenen Ansichten über diesen Punkt zu beharren.

Im Jahre 1873 hat Lewin [1]), um eine geharnischte Philippika gegen die von Hüter vorgeschlagene Operation zu begründen und die Ansicht zu stützen, dass die „echt syphilitischen" Primitivformen nicht mehr eine örtliche, sondern eine allgemeine Erkrankung des Organismus darstellen, folgenden „eclatanten" Fall mitgetheilt:

Am 25. November 1868 wurde Marie S. auf meine syphilitische Station aufgenommen. Das 17jährige Mädchen war bis dahin noch nicht in der Charité behandelt worden. Sowohl nach ihrer eigenen, wahrscheinlich klingenden Angabe, sowie nach dem Befunde von ziemlich frischen Einrissen in das Hymen schien sie überhaupt erst seit Kurzem den Coïtus ausgeübt zu haben. An der rechten kleinen Schamlippe, und zwar am oberen Drittheil derselben sass eine echt syphilitische, bohnengrosse Sclerose, die noch nicht die geringste Andeutung von Zerfall zeigte. Von Inguino-Cruraldrüsen waren nur rechterseits zwei kleine Drüsen als hart und geschwollen nachzuweisen, und zeigten kaum die Grösse einer kleinen Haselnuss. Weder in der Occipital- noch Cervicalgegend konnte eine Intumescenz der hier befindlichen Drüsen gefühlt werden. Irgend ein anderes syphilitisches Symptom war bei genauester Untersuchung nicht aufzufinden. Wenn in irgend einem Falle, so musste hier die Sclerose den noch localisirten und isolirten Infectionsstoff im Sinne Hüter's bergen. Das betroffene Labium zeigte eine ungewöhnliche Länge und relativ dünne Beschaffenheit. Bei der grellen Beleuchtung durch das concentrirte Linsenlicht eines Beleuchtungs-Apparates erschien es, abgezogen von der Insertion durch einen Gehilfen, vollkommen durchsichtig. Man sah die Gefässe in schönem Colorit von der Stelle, wo die Sclerose sass, nach der Verbindung der kleinen mit der grossen Schamlippe verlaufen; ein infiltrirtes Lymphgefäss, wie es nach einzelnen Autoren, namentlich nach Biesia-

[1]) Berliner klinische Wochenschr. 24. März 1873, Nr. 12.

decki, die eingeleitete Resorption des Virus nachweisen soll, konnte eben so wenig durch die Beleuchtung, als durch die Palpation constatirt werden. Es wurde, in Gegenwart der Zuhörer in diesem klinischen Raume, die Sclerose durch einen weit von ihr entfernt laufenden, halbovalen Schnitt exstirpirt, und hiebei jede Cautele der Desinfection gewissenhaft inne gehalten. Die Wunde heilte bei passender und aufmerksamer Behandlung ziemlich rasch per primam. Doch kaum waren 5 Wochen verstrichen, ja, wie der Krankenzettel genau nachweist, gerade am 39. Tage nach der Exstirpation, stellte sich zuerst in undeutlichen Spuren auf der Brust und dem Oberschenkel, doch allmälig deutlich sich über einen grossen Theil des Körpers verbreitend, ein von Anschwellung der Cervicaldrüsen begleitetes maculöses Syphilid ein, zu dem sich bald Schleimpapeln auf der rechten Tonsille gesellten. Die Kranke wurde darauf einer passenden antisyphilitischen Cur unterworfen und nach 4 Wochen als geheilt entlassen. — Wäre die Kranke bald nach Heilung der Wunde aus der Anstalt gegangen, hätten wir sie nicht bis zum Termine des Ausbruchs der secundären Symptome zurückbehalten, — die Exstirpation hätte als erfolgreich hingestellt werden können.

Ueberdies erwähnt Lewin, wie es scheint nicht aus eigener Beobachtung, in Kürze eines Studenten, „bei welchem sich an der Stelle der frühzeitig exstirpirten syphilitischen Sclerose ein echt syphilitisches Geschwür etablirt hatte, das fistelartig tief in das Corpus cavernosum penis hineindrang und der energischesten Therapie längere Zeit Widerstand leistete. Wie natürlich hatten sich auch gleichzeitig die weiteren constitutionell-syphilitischen Erscheinungen, so namentlich ein maculöses und papulöses Exanthem eingestellt.“ Auch Caspary[1]) hat in zwei Fällen Indurationen excidirt; in beiden trat nachher Syphilis auf. In einem dritten Fall excidirte C. bei schon längst vorhandener allgemeiner Infection eine Sclerose bloss zum Zwecke der Untersuchung.

So weit dasjenige, was ich der Literatur über die Excisionsmethode entnehmen zu müssen glaubte. Vielleicht finden sich noch hie und da zerstreute einzelne Angaben über Excisionsversuche; es scheinen jedoch solche Berichte, wenn sie einen oder

---

[1]) Diese Vierteljahresschr. 1876. Zur Anatomie des Ulcus durum et molle. p. 47 ff.

wenige Fälle betreffen, von keinem wissenschaftlichen Belange in dieser Angelegenheit. Noch viel weniger aber theoretische Deductionen, wie sie gerade über diesen Punkt in vielen Lehrbüchern der Syphilidologie mit einer staunenswerthen Präcision vorgetragen werden, die man sonst nur in Betreff völlig erledigter Dinge zu finden gewohnt ist. Die Arbeit selbst habe ich ohne Voreingenommenheit begonnen; der therapeutischen Frage stand sie eigentlich vom Anfang an ferner als der rein pathologischen, welcher vielleicht auf diesem Wege beizukommen war. Wenn die Resultate dieser Versuche auch in curativer oder besser prophylaktischer Beziehung für die Excisionsmethode nicht ungünstig ausgefallen sind, so hat wenigstens das „quod sperant, opinantur" keinen Antheil daran gehabt.

Bevor ich nun zur Berichterstattung über die einzelnen Excisionen übergehe, welche von mir in einem Zeitraume von nahezu vier Jahren zum grössten Theile an der allgemeinen Poliklinik in Wien vorgenommen wurden, soll noch der Operationsmethode kurz gedacht werden, welche sich im Allgemeinen an die oben von Hueter angegebene anschliesst. Je nach dem Sitze und Umfange der Sclerosen wurde entweder die anatomische Pincette angewendet, welche horizontal unter die Sclerose geschoben, dieselbe aufhob, worauf der Schnitt der Schere unterhalb der Pincette erfolgte; oder eine Hakenpincette, um damit die Sclerose an beiden Seiten zu fassen, in einer Hautfalte in die Höhe zu ziehen und dann die Hautfalte abzutragen; oder endlich eine Art von grosser Serre-fine, welche die Sclerose durch das Ineinandergreifen der zwei Enden einer spiralig gebogenen Feder zwischen sich fasste und die Abtragung von unten mit der Schere ermöglichte.

Die Wundfläche, welche in der Regel nur mässig blutete, wurde mit dem Carbolspray während der Operation und nach derselben benetzt, genau untersucht, ob nicht noch Reste von hartem Gewebe an der Basis oder dem Rande übrig seien, um sie noch zu entfernen; dann entweder einige Nähte der Knopfnaht oder ein einfacher Carbolwatteverband angelegt und mit Heftpflaster geschlossen. In der Regel behielt der Kranke diesen Verband 24 Stunden, derselbe wurde Tags darauf erneuert u. s. f.

Ueble Zwischenfälle kamen bei der Operation niemals vor.

Die Verhältnisse waren im Ganzen für die schnelle locale

Heilung der Excisionswunden nicht günstig, wie weiter unten noch im Einzelnen erörtert werden soll. Verunreinigung der Wunden, Wund-Diphtherie, Phagedän kam dessenungeachtet nur in wenigen Fällen vor.

Im Folgenden werden die Fälle, 33 an Zahl, nach chronologischer Ordnung geschildert und hierauf in vergleichender Betrachtung die klinischen Ergebnisse zusammengestellt. In einer sich dieser anschliessenden, von Dr. Paul Unna in Gemeinschaft mit mir durchgeführten Arbeit werden dann die Resultate der histologischen Untersuchung der Sclerosen eingehend auseinandergesetzt werden.

Krankengeschichten.

1. Sigmund J., 28 Jahre alt, Handlungsdiener, stellte sich am 10. Mai 1873 sub Prot. Nr. 556 an der allgemeinen Poliklinik vor. Er gab an, niemals eine venerische Affection gehabt zu haben, auch sonst nicht ausser an Kinderkrankheiten bedeutend krank gewesen zu sein. Den letzten Beischlaf soll er am 3. Mai geübt haben. Bei seiner Aufnahme zeigte sich in der Eichelfurche und dem angrenzenden Theil der rituell circumcidirten Vorhaut und zwar im rechten Theile derselben eine deutlich umgreifbare Induration von rundlicher Gestalt, etwa 1 Ctm. im beiden Durchmessern mit einer linsengrossen, sammtartigen, kaum merklich eiternden, etwas vertieften Excoriation in der Mitte. Wie lang diese Induration bestanden habe und wann überhaupt die ersten Erscheinungen der örtlichen Erkrankung aufgetreten seien, ist nicht festzustellen, da der Kranke wahrscheinlich im Bewusstsein, mit einer schon vorhandenen Erkrankung den Beischlaf ausgeübt zu haben, sich sehr zurückhaltend äussert. Die Leistendrüsen angeblich seit längerer Zeit mässig geschwollen und zwar alle Gruppen. Pediculi pubis. Sonst nirgends eine Veränderung.

Erst am 24. Mai wurde, es war dies der erste Versuch, die Entfernung der Sclerose vorgenommen, indem sie mit dem Scalpel herauspräparirt wurde. Die Wunde wurde ohne Naht durch Heftpflasterstreifen vereinigt und vom folgenden Tage an, als sich keine Heilung per primam int. einstellte, mit Kampherschleim-Compresschen behandelt.

Am 28. Mai war die quergelegene Wunde noch weich, die Ränder schienen sich anzulegen. Der Grund jedoch schien einen Stich in's Graue zu bekommen.

Am 4. Juni war die Wunde wieder rein, roth, ihr Grund weich. Die Leistendrüsen rechts stärker geschwollen.

6. Juni. Die Wunde bis auf eine kleine Stelle vernarbt.

9. Juni. Vom linken Ende der fast ganz geschlossenen Wunde aus hat sich seit etwa 4 Tagen eine Härte in der gesunden, an die Wunde stossenden Partie der Vorhaut entwickelt, welche nach aussen scharf begränzt ist und die Dicke eines Pergamentblättchens hat.

11. Juni. Auf dem Rücken des Gliedes in der Gegend der Raphe nahe der Wurzel eine dem dorsalen Gefässstrange entsprechende, ebenfalls strangförmige Verhärtung, welche sich jenseits der Symphyse noch einige Ctm. nach rückwärts erstreckt und im Ganzen etwa 3 Ctm. lang ist. Sie hört nach rückwärts undeutlich auf; ein Zusammenhang mit den Leistendrüsen ist nicht wahrnehmbar, ebenso wenig ein solcher mit der Sclerose der Vorhaut.

Die Excisionswunde war vollkommen vernarbt, aber die Narbe fühlte sich sehr hart und ging an einem Ende in die schon beschriebene Härte über. Die Leistendrüsen beiderseits indolent, geschwollen.

Bis zum 28. Juni wurde mit der localen Behandlung fortgefahren, ohne dass sich eine Vergrösserung der Sclerose an und neben der Wunde oder irgend eine Erkrankung der Haut oder der Schleimhäute gezeigt hätte. Es wurde nun die Einreibungscur mit grauer Salbe zu $^1/_2$ Drachme begonnen und bis zum 20. Juli fortgesetzt (16 Einreibungen). Auch während dieser ganzen Zeit trat keine sonstige Veränderung auf, der Gefässstrang sowohl als die Wundhärte hatten sich merklich verkleinert. Am 8. August trat der Kranke aus der regelmässigen Behandlung, stellte sich aber am 28. October wieder vor. Die Sclerosen waren damals bis auf eine Spur geschwunden. Von einer Roseola war weder durch die Angaben des Kranken noch durch die Untersuchung eine Spur zu bemerken. Der Rachen soll ganz gesund gewesen sein bis vor zwei Tagen, wo der Kranke etwas Schmerz beim Schlucken verspürte. Die Affection stellte sich als ein acuter Rachenkatarrh heraus, der nach 4 Tagen völlig geschwunden war. Im Mai 1874 ergab sich noch einmal die Gelegenheit den Kranken zu sehen, der sich als vollkommen gesund herausstellte, eine geringe Leistendrüsenschwellung, die zurückgeblieben war, ausgenommen.

Resumé: Excision einer mindestens seit 3 Wochen bestehenden Sclerose. Nach circa 12 Tagen entwickelt sich von einer kleinen, noch nicht vernarbten Stelle aus eine neue pergamentartige Härte

und eine dorsale Gefässinduration. Sofort Einleitung der Inunctionscur, Schwinden der Indurationen, keine deutlichen Symptome allgemeiner Syphilis im Verlauf eines Jahres.

2. Carl B., Stud. techn., 21 Jahre alt, Prot. Nr. 835, aufgenommen 28. Mai 1874. Bisher gesund. Letzter Coitus am 6. April.

In der Eichelfurche eine angeblich seit 3 Wochen bestehende, deutlich begrenzte, nicht excoriirte Verdickung von der Gestalt und dem Umfange einer grossen Erbse mit mässiger Härte der Basis, die sich 24 Stunden später, nachdem ein indifferentes Pflaster aufgelegt worden war, als deutliche Sclerose erkennen liess. Zugleich war beiderseits indolente Leistendrüsenschwellung vorhanden. Keine Erscheinungen allgemeiner Erkrankung. Die Excision wurde am 29. Mai mit der Scheere vorgenommen. Keine Naht. Am 30. Mai waren die Ränder der Wunde weich, gut angelegt, keine Eitersecretion. Leistendrüsenschwellung schien abgenommen zu haben. An der hinteren Rachenwand in der Mitte hinter dem Zäpfchen eine nur beim Schlucken sichtbare seichte Excoriation, welche touchirt wurde. Am 1. Juni waren die Wundränder verklebt, am 3. vollkommen verheilt.

Am 13. Juni die Narbe weich, die Drüsenschwellung auf ein Geringes reducirt, dagegen die Rachenexcoriation noch vorhanden.

21. Juni. Die ganze Rachenschleimhaut geröthet, die Excoriation besteht fort.

Am 6. Juli zeigten sich einige undeutlich ausgesprochene Flecken auf der Haut des Stammes, welche auch in den darauffolgenden Tagen nicht deutlich hervortraten, sondern nach etwa 8 Tagen wieder verschwunden waren. Jucken hatten sie nicht verursacht.

Am 12. October stellte sich der Kranke vor. Von einer Roseola war nichts, auch keine Pigmentirung zu sehen. Die Excisionswunde durch eine weiche, lineare Narbe geschlossen. Leistendrüsen nicht geschwollen. Rachenorgane gesund.

Am 20. November kam der Kranke wieder mit Halsschmerzen und Schlingbeschwerden. Es war ein starker Rachenkatarrh vorhanden, zugleich Schwellung der Unterkieferdrüsen. Die Leistendrüsen normal. Alauneinblasungen.

18. December, die chronische Rachenentzündung ist bisher nicht gewichen, wenn auch die Schlingbeschwerden geringer sind. Am rechten Arcus palatoglossus eine circumscripte Röthe, desgleichen an der Uvula.

Am 18. Jänner 1875 waren am linken Arcus palatoglossus einige

leichte Erosionen wahrnehmbar, welche mehrere Male cauterisirt wurden. Der Rachenkatarrh verlor sich erst im Laufe einiger Wochen.

Am 4. April wurde der Kranke wieder untersucht; der Rachenkatarrh war geheilt, sonstige Veränderungen waren nirgends aufzufinden, nur einige kleine Börkchen auf dem behaarten Kopfe (Impetigo syphilitica?), deren Basis jedoch nicht ulcerirt war und welche etwas juckten, waren vorhanden. Nach einfacher Oeltherapie verschwanden dieselben in einigen Tagen. Seither hat sich B. nicht vorgestellt.

Resumé: Excision einer mindestens 3 Wochen bestehenden Sclerose. Indolente Leistenbubonen schon zur Zeit der Excision; Excoriationen der Rachenschleimhaut kurz nach derselben vorhanden. Heilung per primam intentionem. Die Narbe bleibt weich. 5 Wochen nach der Excision einige Flecken auf dem Stamme, die bald wieder schwanden; Erosionen der Rachenschleimhaut recidiviren beständig; Impetigo capillitii bald wieder geschwunden. Sonstige Erscheinungen traten innerhalb der nächsten 10 Monate nicht auf, ohne dass eine specifische Behandlung eingeleitet wurde.

3. v. B., russischer Officier, 26 Jahre alt, hatte in Petersburg im September 1871 an einem weichen Schanker gelitten, welcher nach einigen Wochen unter einfacher Wundbehandlung geheilt war. Kurze Zeit später litt er an einer Gonorrhöe, welche 9—10 Monate währte. Den letzten Coitus übte er am 21. September 1874. Tags darauf bemerkte er eine wunde Stelle am inneren Blatte der etwas engen Vorhaut, wie er sie fast nach jedem Coitus zu beobachten pflegte. Die Excoriation heilte innerhalb der nächsten 14 Tage nicht. Den 8. October stellte sich mir Herr v. B. vor; es fand sich ein erbsengrosses, längliches Geschwür am inneren Blatte der Vorhaut, oben, etwa in der Mitte, welches einen wenig steilen Trichter bildete, einen nicht scharf abgeschnittenen Rand besass und graulich belegt war, aber wenig Eiter absonderte. Die Basis des Geschwüres liess eine mässige, nicht deutlich umschriebene Härte von der Dicke einer halben Erbse wahrnehmen. Sämmtliche Leistendrüsen ein wenig geschwellt, nicht schmerzhaft. Drüsenschwellungen an anderen Orten waren nicht vorhanden. Der Kranke im Uebrigen ganz gesund. Schwache Kali causticum-Lösung äusserlich verordnet. Zusehends nahm die basale Härte des Geschwürs zu, grenzte sich immer deutlicher ab und liess endlich keinen Zweifel mehr an der Diagnose eines Hunterschen Schankers. Am 16. October wurde dem Kranken der Vorschlag

der Excision gemacht, und dieselbe mit seiner Zustimmung sogleich (d. i. 25 Tage nach dem angeblich letzten Coitus, 24 Tage nach dem Auftreten der Excoriation) mit der Scheere und der Hakenpincette vorgenommen. Die Wunde wurde sorgfältig mit Carbolsäurewasser gereinigt und mit 3 Nähten der Knopfnaht geschlossen, nachdem an derselben keine Spur einer Härte nachweisbar erschienen war, und mit Heftpflaster verbunden.

Als nach 24 Stunden, welche der Patient ruhig auf dem Sofa zugebracht hatte, das Pflaster entfernt wurde, zeigten sich die Wundränder verlöthet und es wurden die Fäden der Naht entfernt, die Wunde darauf mit Carbolwatte und Heftpflaster verbunden.

Am 18. zeigte sich, dass die Wunde zu $^2/_3$ per primam intentionem geheilt war, der Rest begann leicht zu eitern. Die Heilung ging nun so vor sich, dass bis zum 26. die Wunde vollständig geschlossen und eine feste lineare Narbe gebildet war, deren Umgebung sich völlig weich zeigte.

Was die Inguinaldrüsen betrifft, so ergab die Untersuchung am 3. November, dass rechts die Drüsengruppen B_1 und B_2 (die der Schamfuge zunächst liegenden Gruppen in einer von der Schamfuge zur Spina ant. sup. gezogenen Verbindungslinie) etwas stärker geschwellt, aber nicht schmerzhaft waren, während jene der linken Seite eine nur geringe Vergrösserung wahrnehmen liessen.

Bis zum 12. November hatte diese Drüsenschwellung beiderseits nach und nach abgenommen, ohne ganz zu verschwinden, während die Narbe und ihre Umgebung unverändert bleiben. Auf dem übrigen Körper hatte sich nirgends ein krankhaftes Symptom gezeigt.

Am 12. November reiste der Kranke nach Paris ab, mit der Weisung, sich allenfalls dort dem Prof. Alfred Fournier vorzustellen. Am 24. November schrieb der Kranke von dort, dass er sich vollkommen wohl fühle; am 13. December dessgleichen.

Im März 1875 stellte sich mir der Kranke, der eigens zu diesem Zwecke nach Wien gekommen war, hier persönlich vor. Er theilte mit, dass er sich von Prof. Fournier vor seiner Abreise aus Paris (im Jänner reiste er von dort nach Rom) habe untersuchen lassen, der die vollständige Gesundheit des Kranken bescheinigte. Seither ist

---

[1]) Siehe Auspitz, Ueber die Bubonen der Leistengegend. Dieses Archiv 1873.

gegen Ende des Jahres 1875 noch eine Mittheilung des Kranken aus St. Petersburg hiehergelangt, in welcher derselbe über seinen vollkommen normalen Gesundheitszustand berichtet hat.

Resumé: Nach einem Coitus tritt eine Erosion auf, die nach und nach indurirt und indolente Leistendrüsenschwellung zur Folge hat; am 25. Tage nach dem Auftreten der Erosion Excision der Sclerose. Keine allgemeinen Erscheinungen. Besichtigung des Kranken nach 5 Monaten, Bericht desselben nach weiteren $^{3}/_{4}$ Jahren.

4. Josef R., Handlungsdiener, 28 Jahre alt, aufg. 9. October 1874. Prot. Nr. 1857. War angeblich nie venerisch erkrankt. Nahe der Eichelfurche am inneren Blatte der Vorhaut befanden sich neben einander mehrere (3—4), nicht scharf begrenzte, flache Aufschürfungen, welche keine Härte zeigten, die Leistendrüsen nicht geschwellt.

Der letzte Beischlaf soll vor 8 Tagen stattgefunden haben, bemerkt hat der Patient die Affection erst seit 2 Tagen. Es wurde indifferentes Pflaster verordnet.

Am 24. October erst stellte sich der Kranke wieder vor mit einem völlig veränderten Bilde. An der Stelle der, wie es scheint früher zusammengeflossenen Excoriationen sitzt jetzt ein mit unterminirten harten Rändern versehenes, 1 Ctm. langes, $^{3}/_{4}$ Ctm. breites Geschwür mit sammtartigem röthlichem Centrum. Umgreift man dasselbe mit zwei Fingern, so kann man den Rand wie ein Pergamentblatt mit dem darauf liegenden Geschwüre von der Unterlage abziehen.

Die Leistendrüsen sind beiderseits geschwollen.

Es wurde sofort die Excision gemacht (mit der Scheere), Heftpflasterverband.

28. October. Die Wunde ziemlich rein, stark eiternd. Basis und Rand weich.

4. November. Von der Wunde aus lässt sich ein härtlicher Strang nach rückwärts 2 Ctm. weit auf dem Rücken des Gliedes verfolgen (der dorsale Gefässstrang). Die Wunde selbst nicht hart. Leistendrüsen mässig geschwollen.

Der Kranke wurde zur Einreibungscur bestimmt, erschien aber in den folgenden Tagen nicht. Erst am 28. October 1875, also nach nahezu einem Jahre stellte er sich wieder vor wegen eines Geschwüres an der hinteren Rachenwand und Excoriationen an der Zunge. Er

gab an, eine Roseola, ferner Halsaffectionen überstanden und Pillen gebraucht zu haben. Auch der weitere Verlauf konnte, da der Patient nicht wieder erschien, nicht beobachtet werden.

Resumé: Excision einer aus Erosionen, welche seit mindestens 3 Wochen bestanden hatten, entwickelten Sclerose. Einige Tage nach der Operation ein Gefässstrang fühlbar. Ob die Wunde abermals indurirte, lässt sich nicht angeben. Pat. erkrankte aber an Roseola und Rachenaffection.

5. Ferdinand E., 25 Jahre alt, Kutscher, aufgenommen am 14. October 1874 sub Prot. Nr. 1857, war vor einem Jahre eines Schankers wegen im Spitale gelegen und angeblich gesund entlassen worden.

Bei der Aufnahme fand sich am Limbus praeputii ein nicht deutlich abgegrenztes weiches Geschwür, das angeblich seit 8 Tagen bestand. Den letzten Coitus soll er einige Tage vorher ausgeübt haben. (Empl. Hydrargyri.)

Am 28. October kam der Kranke wieder. Das Geschwür war unrein und eitrig belegt, der Grund und die Ränder scharf abgegrenzt, knorpelhart. Mässig starke indolente Leistendrüsenschwellung beiderseits.

Die Excision wurde mit der Excisionsfeder vorgenommen.

Am 29. October zeigte sich die Wunde weich, aber ihr Grund missfärbig. Carbolöl 1 : 12 zum Verband.

Der Kranke erschien nicht wieder und ist trotz mehrerer Versuche nicht aufzufinden gewesen.

Resumé: Excision einer aus einem weichen Geschwür entstandenen Sclerose. Die weitere Beobachtung fehlt.

6. Otto H., Handlungsdiener, 22 Jahre alt, Prot. Nr. 1993, am 29. October 1874 aufgenommen. Gibt an vor einem Jahre einen weichen Schanker an der Eichelfurche gehabt zu haben, der nach 3 Wochen geheilt war, ohne irgend welche Folgen zu hinterlassen. An derselben Stelle zeigt sich nun ein halbkreuzergrosses, ringförmiges, oberflächlich excoriirtes, mit grauem Belage versehenes Geschwür, dessen Ränder und Grund eine knorpelharte Consistenz zeigen. Dasselbe soll seit 12 Tagen bestehen. Den letzten Beischlaf übte der Kranke übrigens noch vor 3 Tagen (!). Leistendrüsen beiderseits etwas geschwellt, besonders die Gruppe B_2 rechts. Die. Induration wurde mit einer Sperrpincette gefasst und unterhalb derselben excidirt. Keine Naht angelegt.

30. October. Die Drüsenschwellung hat bedeutend abgenommen. Die Excisionswunde ist weich, ohne Belag.

31. October. Status idem. Wunde rein.

5. November. Die Wunde kleiner, rein. Drüsen vollkommen zur Norm zurückgekehrt

10. November. Die Wunde ist vernarbt. Narbe linear, Umgebung weich.

Am 10. September 1875 stellte sich der Kranke wieder vor. Die Angabe desselben, vollkommen gesund geblieben zu sein, wird durch die sorgfältige Untersuchung bestätigt.

Resumé: Eine angeblich 12 Tage bestehende Sclerose wird excidirt, Heilung in 12 Tagen; indolente Drüsenschwellung verkleinert sich mittlerweile. Nach nahezu 11 Monaten hatte sich noch kein Symptom von allgemeiner Syphilis eingestellt.

7. S. Z., 24 Jahre alt, Handelsagent, aufgenommen am 3. Nov. 1874 sub Pr. Nr. 2027, angeblich niemals früher venerisch erkrankt, hat den letzten Beischlaf vor 4 Wochen geübt. Am 1. November will er erst eine harte Stelle am Gliede bemerkt haben. Bei der Aufnahme fand sich auf dem äusseren Vorhautblatte nahe der Rückenlinie des Penis ein erbsengrosses, mit sclerosirtem Grunde und harten Rändern versehenes, flaches Geschwür. In der rechten Leiste die Gruppe B_1 geschwollen.

Am selben Tage wurde die Excision mit der Scheere vorgenommen. Heftpflasterverband.

Am 4. November zeigte die Wundfläche ein reines Aussehen und der Grund derselben war weich. Ein Stückchen Vorhaut hart an dem einen Wundwinkel schien etwas härtlich und wurde daher nachträglich ausgeschnitten.

Die Drüsenschwellung in der Leiste hat auffallend abgenommen.

Am 5. Nov. jedoch trat neuerliche Schwellung auf, zugleich zeigte sich der Grund und ein Theil des Randes der Wunde härtlich. Neuerliche Abtragung dieser Partien.

6. Nov. Die Härte der Basis und der Ränder hat sich neuerdings eingestellt. Die Drüsen unverändert.

11. Nov. Zu unserem Erstaunen war die Härte geschwunden; die Drüsen verkleinert. Die Wunde beginnt sich zu verkleinern.

24. Nov. Der grösste Theil der Wunde ist vernarbt. Die Narbe ziemlich hart. Drüsen nicht vergrösssert.

5. December. Die Wunde ist ganz vernarbt. Die Leistendrüsen rechts ein wenig geschwollen.

Auf dem Stamme entwickelt sich ein klein papulöses Exanthem. An der hinteren Rachenwand hinter dem Zäpfchen an einer Stelle Trübung des Epithels, an einer anderen Excoriation. Impetigo auf dem behaarten Kopfe.

9. December. An der linken Mandel und an der hinteren Rachenwand mehrere Ulcerationen, von scharfen Rändern umgeben. Die Excisionsnarbe nicht sehr hart. Leistendrüsen wenig geschwellt. Beginnende Vergrösserung der Cervicaldrüsen.

Der Kranke trat in das Spital des Wiener kaufmännischen Vereines und wurde daselbst mit Hg-Einreibungen und Gurgelwasser behandelt. Ueber sein weiteres Befinden gab er in einem Schreiben vom 24. Februar 1875 Auskunft. Die Roseola soll sich um diese Zeit ganz verloren haben, die Halsdrüsen abgeschwollen sein. Sonst ist nichts über diesen Kranken bekannt worden.

Resumé: Eine seit unbekannt langer Zeit bestehende Sclerose wird in mehreren Sitzungen excidirt, da sich jedesmal wieder Härte zeigt. Nach 4 Wochen Hautsyphilid.

8. Josef L., Beamter, 20 Jahre alt, P. N. 2136, aufgenommen 21. November 1874, hat nie an Venerie gelitten. Letzter Coitus vor 6 Wochen. 14 Tage darauf bemerkte er angeblich ein kleines Bläschen auf dem inneren Blatte der Vorhaut an der Eichelfurche. An derselben Stelle zeigt sich nun ein bohnengrosses, von knorpelharten prominenten Rändern umgebenes, mit eitrigem Belage versehenes Geschwür. Die Leistendrüsen, besonders Gruppe B_2, rechts geschwellt, indolent.

Excision an demselben Tage mit der krummen Scheere, ohne Naht. 23. Nov. Die Excisionswunde eitert mässig, ist aber weich und etwas verkleinert. Die Drüsenschwellung hat abgenommen.

25. Nov. Die Wunde noch eitrig belegt (Jodoform aufgestreut).

27. Nov. Die Basis fühlt sich etwas härtlich an, die Härte ist nicht deutlich umgrenzt.

1. December. Die Wunde verkleinert sich zusehends. Die Härte der Basis hat abgenommen, ebenso der Belag, statt dessen röthliche feuchte Granulationen emporschiessen. Die Drüsenschwellung in den Leisten gering.

3. December. Die Leistendrüsen sind zur Norm zurückgekehrt.

9. December. Die untere Hälfte des Geschwürs ist vernarbt. Auf der Cornea des linken Auges nahe dem rechten Rande hat sich ein stecknadelkopfgrosses Geschwürchen von unbekannter Provenienz entwickelt.

12. December. Die Vernarbung am Vorhautgeschwüre ist nun vollständig beendigt, ihre Consistenz mässig hart.

15. December. Das Cornealgeschwür in Heilung.

18. December. Patient klagt über etwas Druck beim Schlucken; die hintere Rachenwand ist geröthet, die Follikel etwas geschwellt, ebenso die Mandeln beiderseits (Gurgelwasser von Kali chloricum, Priesnitz'sche Umschläge).

21. December. Rachenkatarrh geschwunden, Narbe weich. Cornealgeschwür ebenfalls vernarbt.

14. und 30. Jänner, 2. und 13. Februar 1875 status idem. Gesammtbefinden normal.

15. März. Der Patient erscheint mit einem frischen Ulcus molle links vom Frenulum, nachdem er vor 6 Tagen den Coitus ausgeübt hatte (Touchirung mit Lapis infernalis).

3. April. Der Schanker geheilt. Keine Erscheinungen von Syphilis.

Resumé: 14 Tage nach einem Coitus soll ein Bläschen aufgetreten sein, aus welchem binnen vier weiteren Wochen eine auf Tafel II. Fig. 1 im vertikalen Durchschnitt gezeichnete charakteristische Sclerose geworden ist, die excidirt wird. Die Basis der vernarbenden Wunde ist etwas härtlich, aber nicht scharf umschrieben. Ein Cornealgeschwür tritt auf und verheilt bald, ebenso ein Rachenkatarrh binnen einigen Tagen. Der Kranke, welcher mittlerweile sich mit einem neuen weichen Schanker inficirt hat, der bald verheilt, zeigt binnen $4^1/_2$ monatlicher Beobachtung keine Symptome allgemeiner Syphilis.

9. Paul D., 22 Jahre alt, Handlungsdiener, stellte sich am 22. November 1874 zur Privatbehandlung vor. Er gibt an, vor 2 Jahren an einem chronischen Kehlkopfkatarrh gelitten, niemals aber eine venerische Krankheit durchgemacht zu haben. Der letzte Beischlaf soll Anfangs October stattgefunden haben. Ende October bemerkte D. angeblich eine Anschwellung auf dem äusseren Blatte der Vorhaut, welche zu einer unregelmässigen, mit etwas eingerissenen Rändern versehenen, keine Härte zeigenden Wunde zerfiel, die sich bei der Aufnahme des

Kranken als der Heilung nahe darstellte. Unterhalb dieser Wunde zeigte sich aber noch auf dem Limbus praeputii eine linsengrosse, ringförmige, wie von Knorpel gebildete, scharf abgegrenzte Härte, deren Centrum, welches keinem Ausführungsgange einer Talgdrüse entspricht, zu zerfallen beginnt. Diese Härte hat sich angeblich erst seit 12 Tagen aus einem kleinen Knötchen entwickelt.

Die Leistendrüsen kaum merklich geschwollen.

Gleich nach der Feststellung der Diagnose wurde die Excision mit der Scheere gemacht, die Wunde nicht vernäht, mit Kali caust.-Lösung verbunden.

26. November. Eine Heilung per primam intent. hat nicht stattgefunden. Während die zuerst beschriebene weiche Wunde vollkommen zugeheilt ist, findet sich auf der Excisionswunde ein graulicher Belag. Härte ist nicht vorhanden. Die Leistendrüsen nicht geschwellt (Jodoform applicirt).

3. December. Die Wunde verkleinert und reinigt sich. Sonst keine Veränderung. Es scheint, als ob die Drüse B_2 links etwas grösser wäre, doch ist sie nicht schmerzhaft.

16. December. Die Wunde ist vollständig vernarbt, die Basis nicht härter als es der Narbenbildung entspricht. Die Leistendrüsen vollkommen normal.

Der Kranke wurde nun jeden Monat ein Mal bis Juli 1875 untersucht und stellte sich auch im December dieses Jahres vor. Er war vollkommen gesund geblieben.

Resumé: Einige Wochen nach dem Coitus ausser einem weichen Geschwür, welches in der Vernarbung ist, ein indurirter Knoten, welcher erst seit 12 Tagen aus einem kleinen Knötchen entstanden sein soll. Excision. Heilung der Excisionswunde in 24 Tagen, ohne Härte zurückzulassen. Beobachtung über ein Jahr — keine Syphilis.

10. Michael H., 28 Jahre alt, Kellner, Prot. Nr. 2255, kam am 15. December 1874 auf die allgemeine Poliklinik mit folgendem Status: Auf dem äusseren Blatte der Vorhaut nahe dem Limbus nach links findet sich ein erbsengrosses, mit unebenem, schwach graulich belegtem Grunde und zerrissenen Rändern versehenes Geschwür auf harter, scharf umschriebener, flacher Basis. Die Leistendrüsen mässig geschwellt, indolent.

Der Kranke soll nie an Venerie gelitten haben. Der letzte Beischlaf fand angeblich am 2. December statt. Das Geschwür will H. erst vor 6 Tagen bemerkt haben.

Die Excision wurde sofort (15. December) mit der Excisionsfeder vorgenommen und 2 Ligaturen angelegt.

17. Die Nähte, deren eine durchgerissen hatte, entfernt. Die rechte Hälfte der Wunde war per primam int. geheilt, die von der Naht durchrissene Partie links war offen geblieben.

18. December. Der offene Theil der Wunde beginnt zu eitern.

Am 30. December war diese offengebliebene Stelle mit einem speckigen Belage versehen, die Narbe daneben unverändert.

Am 8. Jänner 1875 war das Geschwür vollkommen geheilt; die Narbe weich. Die Leistendrüsen geschwollen. Sonst keine Veränderung.

Am 25. October 1875 stellte sich der Kranke wieder vor. Er war vollkommen gesund geblieben, die Narbe kaum sichtbar, die Leistendrüsen normal.

Resumé: Eine angeblich erst seit 6 Tagen (?) bestehende Sclerose, von indolenten Leistenbubonen begleitet, wird excidirt; Narbe bleibt weich. Nach $^3/_4$ Jahren waren keine Syphiliserscheinungen aufgetreten.

11. Matthias U., 23 Jahre alt, Handlungsdiener, stellte sich in der Hausordination am 15. Jänner 1875 vor. Er soll früher gesund gewesen sein und den letzten Beischlaf am 27. December 1874 ausgeübt haben. Die erste Wahrnehmung am 6. Jänner constatirte ein kleines Geschwürchen auf dem äusseren Blatte der Vorhaut in der Nähe des Limbus, auf dem Rücken des Gliedes. Dieses etwas schmerzhafte Geschwürchen vergrösserte sich, eiterte und ist am 15. Jänner rund, erbsengross, mit wenig steilen, harten Rändern und einem pergamentblattartigen harten Grunde. Die Leistendrüsen beiderseits ein wenig geschwollen, indolent.

Am selben Tage wurde die Excision mit der Scheere gemacht und ein Heftpflasterverband angelegt.

Am 26. Jänner war die Wunde fast gänzlich geschlossen, vollkommen weich. Die Leistendrüsen abgeschwollen, nur links B_1 und B_2 leicht vergrössert, ohne Schmerz.

8. Februar. Die Wunde ganz geschlossen, die Narbe mässig hart, aber die Haut darüber an zwei Stellen zu runden Knoten erhoben,

welche sich zu excoriiren beginnen. Rechterseits die Drüsen in der Leiste fast gar nicht geschwollen, links besonders B_1 und A.

Auf der Haut des Stammes beiderseits linsengrosse, dunkelrothe, unter dem Fingerdruck schwindende Flecken. Die zugänglichen Lymphdrüsen ausser der Leiste nirgends geschwollen.

15. Februar. Die Infiltrationsknoten auf der Vorhaut sind etwas niedriger, nicht excoriirt; das papulöse Syphilid hat sich weiter verbreitet, es beginnt eine Angina.

18. Februar. Die Flecken auf dem Stamme verblassen. Sonst Status idem.

25. Februar. Auf der Schleimhaut der hinteren Rachenwand ein erbsengrosses, scharf umgrenztes Geschwür. Einreibungskur durchgeführt (24 Einr. zu 2 Gram.); nach mehreren Wochen wird der Kranke aus der Behandlung entlassen. Ueber den weiteren Zustand berichtete er vor $^1/_2$ Jahre, dass er seither vollkommen gesund geblieben sei.

Resumé: Eine angeblich seit 9 Tagen bestehende Sclerose wird excidirt, die Narbe der nach etwa 3 Wochen geschlossenen Wunde transformirt sich in Infiltrationsknoten; ein papulöses Syphilid ist um diese Zeit schon deutlich entwickelt.

12. Rudolf G., 23 Jahre alt, Tagschreiber, Prot. Nr. 98, aufgenommen 18. Jänner 1875. Letzter Coitus im Jänner.

Auf dem inneren Vorhautblatte zunächst der Eichelfurche auf dem Rücken des Gliedes eine die Vorhaut wie eine Kuppel in die Höhe hebende, scharf umschriebene, oberflächlich excoriirte Induration, welche, sich vom Vorhautrande herabsenkend, auf die Eichelfurche übergeht, und so im Ganzen ein ovales, bohnengrosses Geschwür bildet. Auch der Theil der Erosion in der Eichelfurche zeigt basale Härte, aber in geringerem Grade.

Der Kranke will vor acht Tagen zuerst eine Veränderung bemerkt haben.

Die Leistendrüsen links normal, rechts nur B_2 geschwollen, welche Drüse einen harten, nicht schmerzhaften Knollen bildet.

Der Patient ist sonst gesund und hat niemals an Syphilis gelitten.

Es wurde sogleich die Excision mit der Scheere gemacht und drei Nähte angelegt.

Am 20. Jänner wurden die Fäden entfernt. Die Wundränder hatten sich nicht angelegt, doch war die Wunde rein, weich.

26. Jänner. Die Wunde ist schon theilweise vernarbt, ihr Grund weich (Touchirt). Die Drüsenschwellung hat sich nicht geändert.

Am 28. Jänner war die Wunde ganz zugeheilt.

Der Patient ist seither mehrere Male von Aerzten untersucht und gesund befunden worden.

Am 13. Mai 1876 wurde zum letzten Male die vollkommene Gesundheit des Kranken constatirt.

Resumé: Eine angeblich seit 8 Tagen bestehende Sclerose, von indolenten Leistenbubonen begleitet, wird excidirt. Nach 10 Tagen ist die Wunde vernarbt. Die Narbe bleibt weich; nach nahezu 16 Monaten war keine Syphilis beobachtet worden.

13. Moriz J., 23 Jahre alt, Zeichner, vorgestellt den 8. Februar 1875. Prot. Nr. 237.

Eine harte Infiltration vom Umfange einer grossen Linse, pergamentartig indurirt, mit einer Geschwürsbildung an der Oberfläche und einer fleischwarzenähnlichen röthlichen Excrescenz daneben. Das Geschwür hat einen scharfen, steil abfallenden Rand, die Wundfläche ist roth, in der Mitte etwas vertieft, sammtartig. Der Sitz ist rechts auf dem inneren Vorhautblatte. Die Erkrankung soll 3—4 Wochen bestehen, die Excrescenz seit einem halben Jahre. Die Leistendrüsen wenig geschwellt, links besonders die Gruppe B_2.

Der letzte Coitus vor 2 Tagen, der vorletzte vor 4 Wochen. — Excision sofort vorgenommen, 3 Hefte der Knopfnaht angelegt.

10. Februar. Die Hefte entfernt, die Wunde ist p. pr. int. geheilt.

11. Februar. Links B_2 etwas stärker geschwollen. Der Kranke musste nach einigen Tagen verreisen, richtete aber am 24. Februar ein Schreiben an meinen poliklinischen Assistenten Hrn. Dr. Schiff des Inhalts, dass die kaum verheilte Wunde durch die Reise sich wieder etwas geöffnet habe, ebenso habe die Drüsenschwellung rechts etwas zugenommen.

2. März. Die Wunde eitert angeblich noch ein wenig.

Am 24. März soll ein maculo-papulöses Syphilid aufgetreten sein, zugleich Halsbeschwerden.

2. April. (Schriftl. Mittheilung.) Einige Geschwüre (Plaques?) auf der Gliedhaut und dem Hodensacke. Mandeln geschwollen, hinter dem rechten Ohr eine Beule. Kopfschmerz. Der Kranke trat in Behandlung eines Arztes in seinem Aufenthaltsorte. Weiteres ist nicht bekannt.

Resumé: Eine seit 3—4 Wochen bestehende Sclerose heilt nach der Excision per primam intent., öffnet sich aber bald wieder, (wird hart?), nach 45 Tagen ist ein maculös-papulöses Syphilid und eine Rachenaffection entwickelt.

14. Joh. G., 41 J., Maurerpolier, vorgestellt am 18. Febr. 1875, Prot. Nr. 262. Am linken Theil des inneren Vorhautblattes nächst der Eichelfurche eine etwa linsengrosse, flache, wie ausgebohrte, röthliche, sammtartig aussehende offene Stelle mit geringer Secretion, welche auf einer erbsengrossen, scharf abgegrenzten Induration aufsitzt. Die Erkrankung soll angeblich seit 7 Tagen bestehen. Neben dem Bändchen rechts zeigt sich überdies ein scharf umgrenztes weiches Geschwür. Letzter Coitus vor 14 Tagen. Früher war Pat. immer gesund. Die Leistendrüsen wenig geschwellt.

13. Februar. Excision ohne Nähte. Cauterisation des weichen Geschwürs.

15. Februar. Heilung per primam intent. bis auf eine kleine, etwas eiternde Stelle. Das weiche Geschwür nächst dem Frenulum zeigt sich nach Abfall des Cauterisationsschorfes ziemlich rein.

21. Februar. Auf der nicht geheilten Stelle der Excisionswunde ein grauweisser Belag, die ganze Partie etwas erhoben. Cauterisation.

23. Febr. Sowohl die Excisionswunde als das weiche Geschwür daneben belegt, missfärbig, Grund zerwühlt. (Jodoform äusserlich.)

25. Febr. Status idem.

3. März. Status idem. Drüsengruppe B_2 links stärker geschwollen.

6. März. Die Umgebung des weichen Geschwürs infiltrirt, ödematös, schmerzhaft.

10. März. Es hat sich ein Abscess im subcutanen Bindegewebe nahe der Harnröhre gebildet, welcher eröffnet wird und einen Fingerhut voll Eiter entleert. Der Abscess communicirt nicht mit der Harnröhre. Die Excisionsnarbe ist zerfallen zu einem phagedänischen Geschwüre, desgleichen das weiche Geschwür neben dem Bändchen phagedänisch. Verband mit Salicylsäure.

30. März. Der Patient erscheint nach längerem Ausbleiben mit einer Perforation von der Abscesshöhle aus in die Harnröhre in der Gegend der schiffförmigen Grube. Die Wunden beginnen zu granuliren.

Der Patient ist einige Tage darauf (15. April) in das allgemeine Spital (Abtheilung Prof. Zeissl) eingetreten.

Die dort geführte Krankengeschichte, welche mir Herr Prof. Zeissl gütigst zu Gebote gestellt hat, enthält folgende Daten:

An der Glans penis und zwar an deren unterer Fläche ein vom Orificium urethrae bis zur Ursprungstelle des ganz defect gewordenen Frenulum reichendes Geschwür mit ausgebuchteten Rändern und mit von dünnflüssig jauchigem, moleculärem Detritus bedecktem Grunde. Die Umgebung des Geschwüres an der Glans bis zur Corona glandis derart infiltrirt, dass die Infiltration nicht nur mittelst des Tastsinnes fühlbar, sondern auch sichtbar war. Die Leistendrüsen vergrössert, in der linken Achselfalte und an der inneren Fläche des rechten Oberarmes je eine syphilitische Papel.

Therapie: Carbolwasser, bei Nacht Gypstheer.

7. April. Der Kranke klagt über Schlaflosigkeit ohne nachweisbare Ursache. Chloralhydrat dr. semis, Syr. simpl. unc. semis auf zweimal zu nehmen.

12. April. Wieder Chloralhydrat.

16. April. Am Stamme, besonders an den Seitenflächen die Anfänge eines lenticulären papulösen Syphilids. Jodkalium.

21. April. Wegen Verengerung der Harnröhre wurden heute Darmsaiten in dieselbe eingeführt.

3. Mai. Einreibungen.

13. Mai. Der Kranke hat bis heute 9 Einreibungen gemacht, das Exanthem bedeutend abgeblasst, der Kr. bekommt wieder Jodkalium.

26. Mai. Der Kranke klagt über Schmerzen an beiden Unterschenkeln. Einpinselungen mit Jodtinctur.

30. Mai. Das Geschwür, schön granulirend, beginnt sich von den Rändern zu übernarben; Digestivsalbe. Die Verdickung des Periosts an den Schienbeinen sowie die Schmerzen an denselben sind geschwunden.

15. Juni. Auf wiederholtes Bestreichen des Geschwüres mit Lapis und Compression mit Heftpflasterstreifen heilte das Geschwür und verlor sich die Induration, so dass der Kranke geheilt entlassen werden konnte.

Resumé: Eine angeblich seit 7 Tagen bestehende Sclerose, daneben ein weiches Geschwür. Excision der Sclerose. Wahrscheinliche Infection der Excisionswunde von dem weichen Geschwüre aus. Phagedän. Abscessbildung. Sclerose und Perforation in die Harnröhre. Etwa 8 Wochen nach der Excision Entwicklung eines Hautsyphilids.

15. Franz H., stud. Architect, 24 J. alt, stellte sich am 18. Februar 1875 sub Prot. Nr. 292 vor. Der Kranke hatte im J. 1871 und in den J. 1873 und 1874 Tripper gehabt. Der erste von diesen (1871) soll aber mit einem Schanker combinirt gewesen sein, über dessen Verlauf Patient nur angeben kann, dass er mit dem Tripper zugleich verheilt war. Der letzte Coitus hatte am 17. Februar stattgefunden; Tags darauf kam er mit einer Gonorrhöe und einem Ulcus molle, das geringe Spuren von Härte zeigte, in Behandlung. Am 1. März wurde Periadenitis sinistra (B_2) bemerkt, am 5. März die Punction gemacht, welche keine eitrige Flüssigkeit entleerte.

Am 22. März zeigte sich der Rand und die Basis des nahe der Eichelkrone auf dem inneren Vorhautblatte sitzenden, erbsengrossen Schankers deutlich indurirt. Die Leistendrüsen rechts indolent geschwellt, links lässt sich durch die Punctionsöffnung etwas seröses Secret entleeren.

An diesem Tage wurde sofort die Excision mit der Feder vorgenommen, die Wunde nicht vernäht.

23. März. Der grösste Theil der Wunde legt sich an.

Am 1. April war die Excisionswunde fast vollständig vernarbt, weich, Drüsenschwellung in der Leiste gering. Der Bubo links fast verheilt, am 6. April ganz geschlossen.

Am 30. September stellte sich der Kranke vor mit einer Excoriation am äusseren Präputialblatte nach einem Coitus vor 14 Tagen. Sonst war Patient gesund, und auch die ganze Zeit hindurch gesund gewesen. Die indolente Leistendrüsenschwellung ist noch in mässigem Grade vorhanden. Die Excoriation war nach 2 Tagen geheilt.

19. November. Der Kranke ist vollkommen gesund. Adenitis geschwunden.

19. Februar 1876. Der Kranke ist vollkommen gesund.

Resumé: Ein weicher Schanker, 6 Tage nach einem Coitus aufgetreten, indurirt nach und nach und die Sclerose wird 33 Tage nach dem Erscheinen des weichen Schankers excidirt. Links Periadenitis, rechts nach und nach indolente Leistendrüsenschwellung. Excisionswunde nach 8 Tagen vernarbt. Periadenitis nach Punction geheilt, indolente Bubonen in mässigem Grade fortbestehend. Nach nahezu 11 Monaten keine Syphilis.

16. Alex. W. 22 J. alt, Handlungsdiener, vorgestellt am 2. Juni 1875 sub. Prot. Nr. 1008. Letzter Beischlaf Ende April oder Anfangs Mai. Ende Mai will er zuerst Schmerzen im Gliede beim Gehen

empfunden und eine kleine Wunde links vom Bändchen bemerkt haben. Einige Tage später begannen die Drüsen beiderseits zu schmerzen.

An der angegebenen Stelle befand sich bei der Aufnahme ein über den Limbus der Vorhaut in das innere Blatt derselben greifendes Infiltrat von mässiger Härte, scharf abgeschnitten, rundlich, von der Dicke eines Kartenblattes, von etwa 1 Ctm. im Durchmesser, auf deren Mitte eine flache, röthliche, wenig Flüssigkeit absondernde Excoriation sich befindet. Mit der Vorhaut lässt sich die ganze Induration in die Höhe heben. In beiden Leistengegenden sind die Drüsen etwas geschwellt, leichter Schmerz wird besonders rechts angegeben, wo eine Drüse der Gruppe B_2 mehr geschwellt und schmerzhaft ist. Patient hat nie früher eine venerische Erkrankung überstanden.

Die Excision wurde am 7. Juni mit der Excisionsfeder vorgenommen. Keine Naht.

8. Juni. Die Wunde ist roth, rein, die Basis und der Rand weich.

14. Juni. Eiterung stärker. Die Leistendrüsen beiderseits etwas schmerzhaft (Plumb. ac. bas.)

15. Juni. Die Wunde kleiner, rein. Basis und Ränder weich, Eiterung mässig. Leistendrüsen nicht mehr schmerzhaft. Der Patient hat sich seitdem der Beobachtung entzogen und konnte auch nicht eruirt werden.

Resumé: Eine Sclerose, über deren Dauer nichts Bestimmtes bekannt ist, wird excidirt. Weitere Beobachtung fehlt.

17. Leopold F., 35 Jahre alt, Lehrer. Vorgest. am 12. Juni 1875 sub Pr. Nr. 1077. An dem äusseren Blatte der (rituell circumcidirten) Vorhaut links eine Härte von der Form einer Erbse, scharf umgrenzt, mit oberflächlichem Substanzverlust, etwas eiternd. Letzter Coitus vor 12 Tagen, vorletzter vor 4 Wochen, Excoriation angeblich seit 1 Tage. Die Leistendrüsen beiderseits mässig geschwollen. Früher hatte Pat. nie Syphilis gehabt.

14. Juni. Excision. Keine Naht.

16. Juni. Eine lineare Wunde, die theilweise per pr. int. verheilt ist.

19. Juni. Wunde rein, Rand weich. Drüsenschwellung geringer.

23. Juni. Wunde kleiner, etwas eiternd. Drüsen abgeschwollen.

1. Juli. Wunde bis auf eine winzige Stelle vernarbt. Narbe weich.

3. Juli. Wunde vollkommen vernarbt. Drüsen abgeschwollen.

10. Juli. St. id.

11. Februar 1876. Der Kranke vollständig gesund. Leistendrüsen beiderseits etwas vergrössert.

29. October 1876. Der Kranke ist von Syphilis frei; leidet jetzt an einer Gonorrhöe.

Resumé: Sclerose unbekannten Alters, seit 1 Tage oberflächlich erodirt, von indolenten Bubonen begleitet, wird excidirt. Nach 20 Tagen vernarbt. Nach $1^1/_4$ Jahr keine Syphilis.

18. Franz K., Buchhalter, 21 Jahre alt, am 7. Juni 1875 zuerst in meiner Privatordination vorgestellt mit einer Induration auf dem inneren Blatte und dem Limbus der Vorhaut. Auf der indurirten Partie sassen zwei etwa linsengrosse Geschwürchen. Die Leistendrüsen rechts geschwollen, besonders B_2, die auch etwas schmerzhaft ist. Der letzte Coitus soll am 28. Mai stattgefunden haben.

Am 8. Juni wurde die Drüse der Gruppe B_2 rechts, deren Schmerzhaftigkeit zugenommen hatte, punctirt.

11. Juni. Die Drüsenschwellung hat abgenommen, die Schmerzhaftigkeit aufgehört. Pat. hat beiderseitige Spitzeninfiltration der Lungen und ist schwächlich.

Am 14. Juni wurde die Excision auf der Poliklinik (Pr. Nr. 1090) gemacht. Carbolverband.

16. Juni. Die 1 Zoll lange Wunde von einer Blutkruste bedeckt. Basis weich. Drüsenschwellung mässig, nirgends Schmerz.

17. Juni. Phimosis und Oedem der Vorhaut.

18. Juni. Phimose geschwunden. Die Wunde noch verschorft, Rand weich, Basis etwas graulich belegt, infiltrirt. Sublimatverband $\frac{0,20}{200,0}$.

19. Juni. Seit gestern eine haselnussgrosse Geschwürsbildung auf der Eichel, gegenüber der Excisionswunde. Eiterung der letzteren. Links B_2 wieder etwas schmerzhaft.

20. Juni. Die Wunde kleiner, etwas belegt, ein wenig härtliche Basis. Das Geschwür auf der Eichel überhäutet sich.

8. Juli. Die Wunde vollständig vernarbt, weich. Die Leistendrüsen beiderseits wenig geschwellt, indolent.

14. Juli. An der Stelle der Excisionsnarbe ist ein flaches, umschriebenes, nicht hart anzufühlendes Infiltrat vorhanden, über welchem

die Oberhaut nicht verändert ist. Drüsenschwellung hat nicht zugenommen.

4. August. Das Infiltrat hat sich wieder verloren, die Narbe ist fest. Leistendrüsen wie früher, etwas geschwellt. Sonst ist der Kranke gesund. Er ging auf das Land und theilte brieflich mit, dass am 12. August Rachenkatarrh aufgetreten sei und ihm ein Arzt Jodkaliumpillen verschrieben habe.

Am 22. September stellte sich der Kranke wieder vor. Die Narbe am Präputium linear, etwas härtlich, die Umgebung nicht infiltrirt. Die Leistendrüsen fast gar nicht geschwellt. Von einer Roseola keine Spur; auch keine Pigmentirung. Die Rachenschleimhaut vollständig normal.

Am 7. October stellte sich der Kranke mit folliculärem Rachenkatarrh und Anschwellung der Mandeln vor, welche Erscheinungen am 12. October fast ganz geschwunden waren (Alaungurgelwasser). Von Symptomen der Syphilis lässt sich nichts entdecken. Seitdem hat sich der Kranke der Beobachtung entzogen.

Resumé: Excision einer mit Geschwüren besetzten Induration, über deren Dauer nichts eruirt ist. Die Excisionswunde nach 24 Tagen vernarbt. Ein Infiltrat der Narbe tritt nach einigen Tagen auf, welches nach mehreren Wochen wieder geschwunden ist. Ausser recidivirenden Rachenkatarrhen keine Erscheinungen von Syphilis innerhalb der nächsten 4 Monate.

19. Fritz F., 20 Jahre alt, Hausknecht, vorgestellt sub Pr. Nr, 1105 am 15. Juni 1875. Am Limbus praeputii mehr rechts eine etwa halberbsengrosse Härte mit einem trichterförmig zulaufenden Substanzverlust in der Mitte. Keine Drüsenschwellung.

Der letzte Beischlaf soll vor 14 Tagen stattgefunden haben; angeblich 3—4 Tage später bemerkte der Kranke eine excoriirte Stelle. Der Kranke soll ausser an einer Gonorrhöe vor einigen Jahren niemals venerisch erkrankt gewesen sein. Die Excision wurde sofort vorgenommen. Die Wunde nicht vernäht.

Am 16. Juni die Wunde rein, die Ränder theilweise mit der Basis verlöthet.

19. Juni. Der grösste Theil der Wunde ist per pr. int. geheilt, nur eine kleine Stelle secernirt blanden Eiter. Basis und Ränder weich. Leistendrüsen nicht geschwellt.

Am 25. Juni wurde die Wunde mit Lapis touchirt. Keine Veränderung.

Am 1. Juli war sie vollkommen vernarbt, die Narbe linear, in der Umgebung keine Härte.

8. Juli. Narbe etwas härtlich, Umgebung weich. Drüsenschwellung nicht vorhanden.

8. October. Pat. theilt schriftlich mit, dass er gesund sei.

6. März 1876. Der Patient stellte sich vor. Er wurde vollkommen gesund gefunden und war auch in der ganzen Zeit stets gesund gewesen.

Resumé: Sclerose, angeblich aus einer bald nach einem vor 14 Tagen stattgefundenen Coitus aufgetretenen Excoriation entstanden, wird excidirt, nach 14 Tagen vernarbt. Nach mehr als 8 Monaten keine Syphilis.

20. Alois P., 19 Jahre alt, Handlungsdiener, aufgenommen den 24. Juli 1875 sub Nr. 1407, gibt an, ausser einer 6 Wochen dauernden Gonorrhöe im Jahre 1873 nie venerisch erkrankt gewesen zu sein. Letzter Coitus gegen Ende April. Im vorigen Jahre war er hier wegen eines Hämorrhoidalknotens in Behandlung.

Auf dem äusseren Blatte der Vorhaut schon über dem Limbus eine halbkreuzergrosse, scharf begrenzte, in der Mitte schwach excoriirte, an der Basis pergamentartig indurirte Stelle. Beiderseits Panadenitis inguinalis indolens.

Die Haut über dem Thorax mit einer Roseola bedeckt, Halsschmerzen, die hintere Rachenwand excoriirt.

Die Excision des harten Schankers wurde in diesem Falle gemacht, um die Wundheilung bei einem Kranken zu beobachten, in dessen Gefässsystem das Syphilisgift sicher schon circulirte. 3 Nähte wurden angelegt.

26. Juli. Der linke Wundwinkel per pr. int. geheilt, der übrige Theil der Wunde leicht blutend. Drüsenschwellung links geringer. Die Excoriationen an der hinteren Rachenwand seicht.

Am 28. Juli war die Wunde glatt, ihr Rand und Grund ganz weich, ein graulicher Belag auf derselben. Die rechte Tonsille stark geschwellt, die hintere Rachenwand excoriirt und gleich den Gaumenbögen geröthet. Inguinaldrüsen in statu quo.

Die Excisionswunde war am 6. August ganz vernarbt, die Narbe linear, weich. An der linken Tonsille ein Geschwür.

Am 2. September kam der Kranke wieder mit mehreren graubelegten, linsengrossen excoriirten Stellen der Vorhaut am Bändchen und der Eichel, aus welchen sich bis zum 3. October vollständige Papeln entwickelten. An der unteren Fläche der Zunge mehrere oberflächliche Aufschürfungen. Heiserkeit. Beide Stimmbänder an der hinteren Commissur exulcerirt. Von der Roseola ist nur wenig mehr zu bemerken. Drüsenschwellung findet sich an der Leiste und am Nacken.

Der Kranke wurde mit Sublimatinjectionen behandelt (16 Inj. zu 1 Centigr.), worauf die Erscheinungen so ziemlich schwanden, der Rachen und Kehlkopf heilten, die Papeln, welche nebenbei mit Hg-Pflaster bedeckt wurden, desgleichen. Die Narbe der Excisionswunde war weich geblieben.

Am 5. Jänner zeigten sich Plaques auf der Zunge, welche touchirt wurden. Der Kranke ist seitdem nicht mehr erschienen.

Resumé: Excision einer Sclerose bei schon vorhandener Roseola und Pharyngitis. Die Excisionswunde war nach 12 Tagen vernarbt, Narbe weich, weich geblieben, während Erscheinungen der Syphilis immer zahlreicher hervortraten.

21. Josef W., 22 Jahre alt, Marqueur, vorgestellt am 25. Mai 1875 sub Pr. Nr. 934 mit einer acuten Gonorrhöe, welche geheilt wurde.

Am 22. August desselben Jahres kam der Kranke wieder mit einer Aufschürfung auf dem inneren Blatte der Vorhaut, welche nach einem vor 4 Tagen stattgefundenen Beischlaf zuerst bemerkt worden war. Diese Aufschürfung vergrösserte sich in den nächsten Tagen zusehends, wurde phagedänisch, der scharf abgesetzte, steile, eingerissene Rand wurde härter und am 11. September konnte man nicht mehr im Zweifel sein, dass eine Sclerose aus einem weichen Schanker hervorgegangen sei. Die Härte war nun in der Ausdehnung einer Erbse deutlich fühlbar, die Oberfläche derselben etwas eingesunken, grauröthlich, uneben. Eine indolente Drüsenschwellung mässigen Grades, besonders rechts, war vorhanden. Die Excision wurde am 11. September vorgenommen, die Wunde ohne Naht verbunden.

16. Sept. Eine Drüse der Gruppe B_2 rechts stark schmerzhaft, nicht fluctuirend. Punction vorgenommen. Druckverband.

Am 22. Sept. zeigte sich die Excisionswunde theilweise geheilt. Die Drüsenschwellung geringer, aber auch links deutlich. Punctionsöffnung rechts geschlossen, Schmerz verschwunden.

27. Sept. Die Wunde ist vollständig vernarbt. Narbe linear, Umgebung weich.

29. Sept. Eine deutliche Roseola über dem Stamme. Die Rachenschleimhaut stark injicirt.

Am 7. October zeigte sich die Excisionsnarbe an ihrer Basis infiltrirt, härtlich, zugleich waren einzelne Papeln auf dem Stamme aufgetreten.

Der Kranke wurde mit Sublimatinjectionen behandelt.

Resumé: Resection einer aus einem weichen seit etwa 20 Tagen bestehenden Geschwüre hervorgegangenen Sclerose. Nach 16 Tagen Wunde verheilt, 2 Tage später Roseola sichtbar, nach weiteren 8 Tagen neuerliche Infiltration der Narbe mit gleichzeitiger Bildung von Papeln auf dem Stamme.

22. Carl P., 20 Jahre alt, Hausknecht, vorgestellt am 20. Sept. 1875 sub Pr. Nr. 1884. Letzter Coitus vor 8 Tagen. Seit 4 Tagen (?) bemerkte er angeblich eine geröthete Stelle auf dem Gliede. Nunmehr sieht man in der Mitte auf dem inneren Vorhautblatte eine flache Excoriation auf einer bohnengrossen, umschriebenen Induration aufsitzend. Drüse B_1 links geschwellt und etwas schmerzhaft, die anderen Drüsen derselben Seite ebenfalls geschwellt aber indolent. Die Excision wurde sogleich vorgenommen, keine Naht angelegt.

Am 25. Sept. war die Wunde per pr. int. geheilt, die Drüsenschwellung in der Leiste hatte bedeutend abgenommen.

Am 30. Sept. Die Narbe weich, die Drüsen (angeblich nach einem forcirten Marsche) etwas mehr geschwellt.

7. October. Status idem.

11. October. Drüsenschwellung in der linken Leiste etwas stärker und schmerzhaft.

12. October. Punction der Drüse. Etwas Eiterentleerung durch die Punctionsöffnung.

20. October. Der Drüsenabcess verheilt, keine Schmerzhaftigkeit mehr vorhanden.

27. October. Links eine supraclaviculare Lymphdrüse etwas geschwellt. Auf dem Kopfe einige mit gelben Börkchen bedeckte, nässende Stellen, welche unter den Börkchen ganz oberflächliche Excoriationen zeigten (Oeltherapie). Die Narbe linear, Umgebung weich. Die Leistendrüsen nur wenig geschwellt, nicht schmerzhaft. Sonst keine Drüsenschwellung wahrnehmbar ausser jener über dem linken Schlüsselbeine. Haut des Stammes normal.

Der Patient entzog sich von da an der Behandlung, doch wurde eruirt (März 1877), dass derselbe stets gesund geblieben sei.

Resumé: Eine angeblich erst 4 Tage bestehende Sclerose wird excidirt. Indolente Leistenbubonen. Heilung per pr. int. Suppurative Adenitis in einer Leiste nach forcirtem Marsche. Punction. Innerhalb der nächsten 37 Tage keine deutlichen Symptome der Syphilis. Angeblich auch weiter keine Syphilis-Symptome aufgetreten.

23. Karl W., Schlossergehilfe, 22 Jahre alt, vorgestellt den 6. October 1875 sub Pr. Nr. 2005. An der linken Seite der Corona gl. eine kreuzergrosse, vertiefte, weiche Narbe von einem weichen Schanker, an welchem der Kranke vor 1 Jahre in der Poliklinik behandelt worden war. Letzter Coitus angeblich vor 12 Tagen. Will vor 8 Tagen zuerst eine Veränderung am Gliede beobachtet haben.

Auf dem inneren Blatte der Vorhaut und in der Eichelfurche rechts vom Bändchen eine erbsengrosse, in der Mitte flach excoriirte, hart anzufühlende, deutlich umschriebene Stelle. Die rechtseitigen Leistendrüsen ein wenig geschwollen. Excision am 8. Oct. mit der Scheere vorgenommen. Ohne Naht.

9. October. Die Wundränder haben sich angelegt.

12. October. Der grössere Theil der Wunde ist per pr. int. geheilt. Härte nicht wahrzunehmen.

Der Kranke erschien nicht mehr auf der Poliklinik bis zum 19. December. Er gab an, seit October in Behandlung des praktischen Arztes Herrn Proksch gestanden zu sein. Der letztere war so gütig hierüber brieflich (ddo. 19. December 1875) folgende Auskunft zu geben:

„Mitte October stellte sich mir K. W. mit einem kreuzergrossen, stark aber gutartig eiternden, auf weichem Grunde sitzenden, ungewöhnlich schmerzhaften, von einem rothen, geschwellten Saume umgebenen Geschwüre an der rechten Seite des Sulcus retro-glandularis vor. Der Kranke gab an, es sei ihm vor mehreren Tagen an der Poliklinik ein Geschwür herausgeschnitten, die Wunde dann verbunden und er beauftragt worden, sich am nächsten Tage, ohne an dem Verbande etwas zu rühren, wieder vorzustellen. Dem habe er entsprochen, sei abermals verbunden und mit demselben Auftrage wieder bestellt worden. Die Wunde habe ihn jedoch täglich mehr geschmerzt und so sei er, theils weil es ihm zur Poliklinik zu weit war, theils weil er

vermuthe, »die Herren wollten diesmal an ihm probiren«, zu mir gekommen. An dem Kranken konnte ich ausser der genannten alten Narbe links und dem frischen Geschwüre rechts Nichts entdecken. An den Leistendrüsen war an keiner Seite und keiner Gruppe eine Spur von Schwellung, das Geschwür trotzte durch volle 2 Monate meiner Behandlung (5—6 Mal täglich durch 10—15 Minuten örtliche Bäder in lauwarmem Wasser, Verband mit abwechselnd in Kupfer-, Zink-, Alaun-, Eisenchlorid- [1 : 200] Lösung befeuchteter Charpie. Aetzmittel wurden nicht gebraucht). Verschweigen darf ich freilich nicht, dass der Kranke einer derjenigen war, welchen ich trotz aller Mühe die Anwendung meines Hauptmittels gegen weiche Geschwüre: Reinlichkeit — niemals einprägen konnte. Seine Verhältnisse, besonders sein Gewerbe, trugen die Schuld an der Versäumniss — sein Wille war gut.

Nach 2monatlicher Behandlung, während welcher nicht das mindeste Bemerkenswerthe sich zutrug, begann die Vernarbung und gleichzeitig die Entzündung einer linksseitigen oberflächlich gelegenen Inguinaldrüse aus der Gruppe B. Nach weiteren 8 Tagen war das Geschwür vernarbt, der Bubo schwach fluctuirend. Am 25. d. Mts. Punction. Entleerung von circa 40 Grammen dickflüssigen, gelben Eiters. Compresse. Spica fem. cox. Vorgestern war der Kranke noch bei mir. Die Wände der Eiterhöhle zeigten sich mit einander verlöthet, aus der winzigen Punctionsöffnung quollen nur bei stärkerem Drucke einige Tropfen einer wässerigen, lichtgelb gefärbten, klaren Flüssigkeit. Ob der Kranke sich mit dem Bubo nochmals vorstellen wird, bezweifle ich, da ich aus dem letzten Befunde auf rasche Heilung schliesse; sollte er jedoch wieder kommen, so werde ich weiter referiren. Da ich aus der Anamnese Ihre Diagnose vermuthete, untersuchte ich den Kranken im Laufe der Monate wiederholt auf secundäre Symptome, konnte aber bis vorgestern keine Spur davon entdecken.«

Der Kranke stellte sich nachträglich nochmals (im Februar 1876) auf der Poliklinik vor; die Wunde war vernarbt, der Bubo desgleichen. Symptome einer allgemeinen Syphilis waren nicht zu entdecken.

Resumé: Eine deutlich ausgeprägte Sclerose, deren charakteristisches Aussehen sich auch nach der Aufbewahrung in Alcohol sehr gut erhalten hat (siehe den Verticaldurchschnitt auf Tafel II. Fig. 1), wird excidirt. Excisionswunde verheilt erst nach 9 Wochen. Mittlerweile suppurative Adenitis, punctirt. In den nächsten 4 Monaten nach der Excision war keine Syphilis aufgetreten.

24. Julius L., 32 Jahre alt, Photographengehilfe, aufgenommen am 27. October 1875 sub Pr. Nr. 2156. Bisher mit Ausnahme von zwei Tripper-Erkrankungen gesund. Letzter Coitus vor 5—6 Wochen. Seit ungefähr 14 Tagen will der Kranke eine rothe Stelle am inneren Vorhautblatte bemerkt haben. Diese Stelle ist nun erbsengross verhärtet; leicht excoriirt. Ueberdies sitzen an dem Limbus praeputii zwei kleine Excoriationen, die eine rundlich, die andere etwas grössere eirund. Beide sondern eine wenig eiterartige Flüssigkeit ab. Der Kranke hat sie selbst 3 Mal mit Lapis geätzt. Die Leistendrüsen beiderseits ein wenig geschwollen, indolent. Die Excision der Sclerose wurde am Tage der Aufnahme mit der Scheere gemacht und die Wunde ohne Naht verbunden.

28. October. Die Wunde ist zum grössten Theile per. prim. int. geheilt.

3. November. Die Schnittwunde bis auf eine kleine noch oberhautlose Stelle vernarbt. Die Excoriationen haben sich ebenfalls überhäutet. Die Leistendrüsen nicht geschwollen.

20. December. Die Narbe linear, ohne Härte in der Umgebung. Sonstiger Zustand normal.

31. Dec. Status idem.

10. Februar 1876. Status idem.

8. April. Desgleichen.

Resumé: Excision einer angeblich 14 Tage bestehenden Sclerose. Heilung grossentheils per prim. int. in 6 Tagen. In den nächsten 5—6 Monaten keine Syphilis, Narbe bleibt weich.

25. Anton F., Buchbindergehilfe, 28 Jahre alt, vorgestellt am 19. Jänner 1876 sub Pr. Nr. 128, gibt an im November 1875 den letzten Coitus ausgeführt zu haben. Drei Wochen darauf habe er zuerst eine umschriebene Härte an der Vorhaut bemerkt.

Auf dem inneren Vorhautblatte, ungefähr der Mittellinie des Rückens des Gliedes entsprechend, erhebt sich eine bogenförmige, erbsengrosse, an den Rändern knorpelharte Geschwulstscheibe, deren Basis in der Eichelfurche liegt, deren centraler Theil eine der Oberhaut beraubte, röthlich graue, unebene Oberfläche darbietet, welche sich als eine sammtartige Excoriation über die Eichelfurche hinaus bis an die Eichel fortsetzt. Die Leistendrüsen beiderseits indolent geschwollen. Die Excision wurde mit der Hakenpincette und krummen Scheere ausgeführt.

Nach der Excision liess sich in der Tiefe der reinen Wunde ein etwa 1 Ctm. langer, gegen die Tiefe verlaufender, nicht harter Strang fühlen. Carbolverband.

Am 20. Jänner war der grösste Theil der Wunde per prim. int. geheilt; der Tags zuvor gefühlte Strang war völlig verschwunden; die Leistendrüsenschwellung schien geringer.

Nach weiteren 3 Tagen war die Wunde vollkommen vernarbt, Sonst keine Veränderung. Die Narbe weich, die Umgebung weich.

Patient erschien in der nächsten Zeit nicht mehr, rückte später zur Waffenübung ein und erst am 16. Mai konnte constatirt werden, dass der Patient vollkommen gesund geblieben war, und dass die Narbe ganz weich, die Leistendrüsen kaum geschwellt waren. Weiter ist der Patient nicht beobachtet worden.

Resumé: Eine 3 Wochen nach einem (vor 8—10 Wochen) stattgefundenen Coitus entstandene Sclerose mit indolenten Leistenbubonen wird excidirt. Heilung nach 4 Tagen. In den nächsten 4 Monaten keine Symptome von Syphilis.

26. Max G., Handlungsdiener, 19 Jahre alt, vorgestellt am 15. Februar 1876 sub Pr. Nr. 300, hatte angeblich am 24. December 1875 zuletzt den Coitus ausgeübt. Am 1. Jänner bemerkte er einen Harnröhrenfluss, der noch vorhanden ist. Am 7.—10. Jänner die erste Spur einer jetzt auf der Haut des Rückens des Gliedes rechterseits befindlichen erbsengrossen, ovalen, zackig gerandeten, röthlichen, leicht blutenden, über das Niveau nicht hervorragenden Fläche, deren Basis eine ziemlich deutlich umgrenzte Härte darstellt. Die Leistendrüsen beiderseits sämmtlich geschwellt. Excision àn demselben Tage gemacht, keine Naht angelegt.

16. Februar. Die Wunde rein, ihr Grund weich.

23. Februar. Um die etwas graulich belegte Wunde bildet sich ein härtlicher Ring.

26. Februar. Die Härte bildet sich auch an der Basis der Wunde heraus. Wunde ziemlich rein granulirend. (Cauter. mit Lapis.)

Der Patient verreiste nach Ungarn und erst am 1. April theilte er schriftlich mit, dass er gesund sei, die Narbe weich, die Drüsenschwellung in der Leiste noch vorhanden sei.

Am 17. Juni stellte sich der Kranke persönlich vor mit abgelaufener Roseola und breiten Papeln circa anum, welche seit 6 Wochen

bestehen sollen. Die Narbe war weich. Die Rachenschleimhaut normal. Die Lymphdrüsen der Leiste wenig geschwollen, sonst nirgends Drüsenschwellungen zu entdecken. (Empl. Hydrg. auf die Papeln und Sublimatpillen innerlich.)

26. Juli. Die Roseola ist ganz geschwunden, Papeln desgleichen, die Narbe weich. Hals gesund. Der Kranke hatte im Ganzen 40 Sublimatpillen von je 0·005 Gramm genommen.

Resumé: Excision einer seit 5—6 Wochen bestehenden Sclerose. Nach 8 Tagen bildet sich um die Wundfläche ein härtlicher Ring, dann Roseola, welche innerhalb der nächsten 4—6 Wochen entstanden sein dürfte. Der Infiltrationsknoten ist nicht scharf abgegrenzt, aber sehr ausgedehnt. Ein eigentlicher Wall nicht vorhanden. Auf demselben liegt eine von Blut durchsetzte, die Umgebung wenig überragende Kruste.

27. Rudolf S., Realschüler, 18 Jahre alt, Pr. Nr. 1015, stellte sich am 15. Mai 1876 vor. Vor 2 Jahren hatte er an einem weichen Schanker in frenulo gelitten (ohne Folgen). Letzter Beischlaf angeblich vor 14 Tagen. Man bemerkt nun eine linsengrosse, deutlich umgrenzte, runde, harte, durch Aufheben von ihrer Unterlage isolirbare Stelle mit erhabenem Rande und einer stecknadelkopfgrossen, flachen, röthlichen Vertiefung im Centrum, welche auf dem inneren Vorhautblatte nahe dem Sulcus mehr rechts sitzt und seit 1 Woche bestehen soll. Ueberdies findet sich, dass der Kranke an einem Tripper (angeblich seit einigen Tagen) mit sehr geringem Ausflusse und Schmerz leidet. Die Leistendrüsen beiderseits ein wenig geschwellt. Die Excision wurde sofort gemacht, zwei Nähte angelegt. Carbolverband.

18. Mai. Die Wundränder haben sich wohl angelegt, aber eine Heilung per prim. int. ist nicht erfolgt. Der Grund der Wunde ist weich.

20. Mai. Status quo.

4. Juni. Die Wunde ist vernarbt, Narbe weich. Der Tripperausfluss nach Injection von Plumb. acet. bas. geringer. Die Leistendrüsen wenig geschwollen.

Am 22. Juni stellte sich der Kranke wieder vor mit Excoriationen auf der vernarbten Stelle, welche angeblich seit 8 Tagen bestehen sollen. Zugleich aber zeigte sich eine allgemeine Roseola auf der Haut. Die Rachenschleimhaut normal.

Später kam auch Pharynx-Katarrh dazu, dann Impetigo syph. capillitii, Cervical-Drüsenschwellung, während die Excoriationen auf der Narbe zu einem grösseren, etwas erhabenen Geschwüre zusammenflossen. Empl. Hydr. und Sublimatpillen (50 Stück zu je 0,005 Grm.) wurden durch mehrere Wochen angewendet.

Am 14. November hatte Patient ausser einer geringen Erosion der hinteren Rachenwand, welche touchirt wird, keine Erscheinungen der Syphilis.

20. November, Status idem. Seither wird Patient an Erosionen der Mundschleimhaut und der Rachengebilde behandelt. (Jodkalium.)

Resumé: Eine angeblich seit einer Woche bestehende Sclerose wird excidirt. Vernarbung nach 20 Tagen. 5 Wochen nach der Operation neuerlich Erosion der Wunde, zugleich Roseola, Rachenaffection u. s. w.

28. Josef S., 20 Jahre alt, Stud. phil., vorgestellt am 30. Mai 1876 sub Pr. Nr. 1140. An der linken Seite des Bändchens eine flache, länglich ovale, hart anzufühlende Erhebung, deren Oberfläche zum grossen Theil röthlich, uneben erscheint, an einer Stelle (in der Vorhautfurche) eine Depression zeigt und mit einem serösen Secret bedeckt ist. In der linken Leiste B_1 schmerzhaft, geschwellt, angeblich seit 4 Tagen. Die anderen Drüsen in beiden Leisten mässig indolent geschwellt. Früher nie venerisch erkrankt. Letzter Coitus? Ueber die Dauer der Sclerose weiss Pat. nichts anzugeben. Die Excision wurde vorgenommen, keine Naht angelegt.

31. Mai. Die Wundränder haben sich angelegt, in der Umgebung findet sich etwas ausgetretenes Blut. B_1 weniger schmerzhaft. Die Wunde weich.

3. Juni. Die Wunde erscheint zusammengezogen, weich.

6. Juni. Die Wunde ist mit Fibringerinnsel bedeckt. In der linken Leiste Periadenitis mit Schmerz. Einzelne Drüsenschwellungen sind nicht zu fühlen.

8. Juni. Der Wundrand scheint etwas härter zu sein, ebenso die Basis. Die Periadenitis wird punctirt und etwas Eiter entleert.

9. Juni. Die Härte scheint zuzunehmen.

12. Juni. Die Härte nimmt ab. Die Wunde ist fast vernarbt.

14. Juni. Die Härte ist ganz geschwunden, die Wunde vernarbt. Die Periadenitis verursacht weniger Schmerz, die Schwellung ist gerin-

ger, etwas seröse Secretion noch vorhanden. Die Suppuration des Bubo dauerte noch mehrere Wochen fort, dann schloss sich die Wunde. Sonstige Erkrankungssymptome sind bis zum 20. Februar 1877 nicht eingetreten.

Resumé: Excision einer offenbar ganz jungen Sclerose. Periadenitis suppurativa. Wunde nach etwa 14 Tagen vernarbt, die während der Heilung eingetretene Härte der Wundbasis geschwunden. Nach nahezu 9 Monaten war kein Symptom der Syphilis vorhanden gewesen.

29. Martin H., 23 Jahre alt, Bäckergesell, vorgestellt am 24. Juli 1876 sub Pr. Nr. 1584, bemerkte angeblich vor 14 Tagen einen Ausfluss aus der Harnröhre und übte trotzdem an demselben Tage den Beischlaf aus. Drei oder vier Tage später beobachtete er eine umschriebene Schwellung am inneren Blatte der Vorhaut, die bald excoriirt wurde und etwas seröse Flüssigkeit absonderte. Bei der Untersuchung zeigte sich hinter der Eichelfurche in dem dorsalen Theile des inneren Vorhautblattes eine erbsengrosse, harte Anschwellung, deren basale Grenze sich scharf abhebt und umgreifen lässt, deren Oberfläche serös durchfeuchtet erscheint und in ihrer Mitte einen ovalen, zwei Stecknadelkopf grossen, tiefen, eine blutig-seröse Flüssigkeit secernirenden Substanzverlust zeigt. Die Leistendrüsen besonders rechts sämmtlich geschwollen. Die Gonorrhöe besteht noch mit mässigem, serös-schleimigen Ausflusse und ohne Schmerz in der Harnröhre. Die Excision wurde sofort mit der Scheere gemacht. Die Wunde ohne Naht verbunden.

26. Juli. Die Wunde ist per pr. int. geheilt.

Bis zum 5. September hatte sich der Kranke vollständig gesund befunden, die Untersuchung an diesem Tage zeigte eine kaum mehr wahrnehmbare Narbe, die Leistendrüsen nicht geschwellt, sonst nirgends eine Veränderung. Die Gonorrhöe war seit Mitte August geschwunden.

24. November. Patient ist vollkommen gesund.

Resumé: Eine angeblich seit etwa 10 Tagen bestehende, im Centrum excoriirte Sclerose, von indolenten Leistenbubonen begleitet, wird excidirt, innerhalb der folgenden 16 Wochen ist keine Syphilis aufgetreten.

30. Franz L., Geschäftspraktikant, 19 Jahre alt, vorgestellt am 14. September 1876 sub Pr. Nr. 1978. Der letzte Beischlaf hatte Tags

zuvor, der vorletzte vor 4 Wochen stattgefunden. Auf dem inneren Blatte der Vorhaut, $1^1/_2$ Ctm. entfernt von der Eichelkrone eine über erbsengrosse, von mässig hartem, rundem Walle umgebene Sclerose, deren Centrum stark vertieft, röthlich, mit speckigem Belag versehen erschien. Die Leistendrüsen waren nicht deutlich geschwellt. Ueberdies eine beginnende Gonorrhöe. Der Kranke soll früher keine venerische Erkrankung überstanden haben. Die Excision wurde sofort vorgenommen. Nicht genäht.

Am 16. September erschien die Wunde so ziemlich zusammengezogen, mit weisslichem Belag versehen.

20. September. Der Grund der noch belegten Wunde fühlt sich härtlich an.

22. September. Die Leistendrüsen rechts (besonders B_2) stark indolent geschwollen. Gonorrhöe mässig. Auf dem Stamme bilden sich röthliche Flecken. Empl. Hydrg. auf die Wunde verordnet. Der Patient kam erst wieder am

9. October. Die Wunde ist vernarbt, aber die Narbe hart. Die Flecken auf dem Stamme fast geschwunden. Die Drüsenschwellung desgleichen. Die Rachenschleimhaut stets gesund geblieben. Die Gonorrhöe gering, aber etwas Schmerz beim Urinlassen. Die endoscopische Untersuchung zeigte Katarrh des Blasenhalses und des prostatischen Theils der Harnröhre. Prostata nicht vergrössert. Auf dem inneren Vorhautblatte, entfernt von der Narbe ein seit 2 Tagen bestehender Herpes praeputialis. (Dct. sem. lini cum Tct. Laud. innerlich, Empl. Hydr. auf die harte Narbe, Kali hypermang. Lösung zu Injectionen in die Harnröhre.)

25. October. Die Härte der Narbe ist noch vorhanden. Die rothen Flecken ganz geschwunden. Drüsenschwellungen nirgends. Die Erkrankung des Blasenhalses ist geheilt.

Resumé: Excision einer wahrscheinlich schon seit Wochen bestehenden Sclerose. Heilung langsam, schon nach 6 Tagen Verhärtung der Basis. Roseola schon 8 Tage nach der Excision.

31. J. K., 23 J. alt, Kellner, vorgestellt am 30. October 1876 sub Prot. Nr. 2345, hatte vor ungefähr einem Jahre einen Schanker an der Vorhaut, der bald geheilt sein soll. Vor $2^1/_2$ Monaten will Pat. den letzten Beischlaf ausgeübt haben. Seit 14 Tagen bemerkt er an der Vorhaut ein Knötchen und seit 8 Tagen Schwellung der links-

seitigen Leistendrüsen. Auf dem Limbus praeputii befindet sich, mehr nach links gelegen, eine erbsengrosse, im Centrum wenig vertiefte und daselbst in geringem Umfange sammtartig aussehende Härte. Sämmtliche Leistendrüsen links mässig geschwellt.

Die Excision wurde gemacht. 3 Hefte der Knopfnaht angelegt.

1. November. Die Nähte gelöst. Die Wunde ist theilweise per primam intent. geheilt. Die Leistendrüsenschwellung hat sich nicht verändert.

3. November. Die offen gebliebene Stelle eitert ein wenig, ihre Basis und die Umgebung sind weich.

5. November Die Wunde ist verheilt, die Narbe weich.

14. März 1877. Der Kranke stellt sich wieder vor. Die Narbe ist linear, weich, Leistendrüsenschwellung kaum fühlbar, sonst keine krankhafte Erscheinung an irgend einem Körpertheile wahrnehmbar.

Resumé: Excision einer angeblich seit 14 Tagen bestehenden Sclerose. Nach $4^1/_2$ Monaten keine Syphilis aufgetreten.

32. Rudolf F., Magazinsaufseher, 32 J. alt, aufg. 14. November 1876 sub Prot. Nr. 2391, gibt an, vor 2 Jahren einen Tripper und mehrere Male weiche Schanker überstanden zu haben, ohne dass Folgen zurückblieben. Letzter Coitus vor 9 Tagen. Seit 7 Tagen will Pat. erkrankt sein. Man bemerkt in der Eichelfurche und auf dem inneren Vorhautblatte links eine knorpelharte Induration von Erbsengrösse, welche in der Mitte eine tiefe, fast linsengrosse, nässende Vertiefung zeigt. Die Leistendrüsen beiderseits etwas indolent geschwollen. Die Excision wurde am Tage der Aufnahme ausgeführt — ohne Naht.

15. November. Wunde rein, Ränder legen sich an.

Am 20. Nov. war die Wunde zum Theil verharscht, aber hinter derselben hat sich eine Schwellung entwickelt, welche im Vorhautsacke etwa $1^1/_2$ Ctm. weit nach rückwärts geht, nicht deutlich umschrieben ist und Schmerz verursacht. (Kalte Ueberschläge.)

21. Nov. Status idem. Die Leistendrüsen weniger geschwollen. Die Wundoberfläche etwas graulich belegt.

27. Nov. Der Abscess hat sich nach innen in die Eichelfurche geöffnet und entleert reichlichen Eiter. Die Schnittwunde stellt ein unregelmässiges, graulich belegtes, stark zerfressenes, eiterndes Geschwür dar, welches nirgends eine Härte zeigt. Abscess zusammengefallen, kaum mehr secernirend. Inguinaldrüsen noch mehr abgeschwollen.

5. December. Der Abscess geschlossen. An Stelle der Excisionswunde sind nun mehrere phagedänische Geschwüre verschiedener Grösse vorhanden.

11. December. Die Geschwüre multipliciren sich rings um die Eichelkrone. Leistendrüsen normal.

3. Jänner 1877. Alle Geschwüre sind geheilt. Die Basis der Excisionswunde wird wieder hart.

15. Jänner. Die Härte hat immer zugenommen. Die Drüsen links beginnen auch indolent zu schwellen.

20. Jänner. Eine neue Sclerose ist vollkommen ausgebildet, kein indurirter Gefässstrang. Die Drüsenschwellung in der Leiste nimmt zu. Keine sonstigen Erkrankungssymptome.

14. Februar. Sclerose weniger hart, nicht excoriirt. Drüsenschwellung in der Leiste wieder bedeutend vermindert. Sonst gesund.

Der Kranke hat sich seitdem nicht wieder vorgestellt.

Resumé: Excision einer angeblich seit 7 Tagen bestehenden Sclerose. Abscessbildung und Phagedän während der Vernarbung. Neue Sclerose entwickelt sich innerhalb 6 Wochen nach der Excision. Bis Ende des dritten Monats nach der Excision ist trotzdem noch keine allgemeine Syphilis zur Beobachtung gekommen.

33. Andreas S., 25 J. alt, Schneidergesell, aufgen. am 4. Febr. 1877 sub Prot. Nr. 232, war niemals krank. Letzter Coitus am 3. December 1876. Anfangs Jänner bemerkte er ein Bläschen auf dem äusseren Vorhautblatte; im Laufe des Jänner entwickelte sich Härte der Basis. Auf der Uebergangsstelle der Gliedhaut in das äussere Blatt der Vorhaut sieht man eine kleine, erbsengrosse, härtliche Geschwulst, deren Centrum eine kaum linsengrosse, fast kreisrunde, mit scharfen Rändern versehene, röthliche, körnig aussehende, leicht blutende Wunde, um welche sich ein etwa 1 Linie breiter, nahezu knorpelharter Wall gebildet hat, welcher sich mit der Haut von der Basis abheben lässt. Die Leistendrüsen sämmtlich indolent geschwollen.

Die Excision wird sofort mit der Feder vorgenommen und drei Nähte der Knopfnaht angelegt.

6. Februar. Die Wunde scheint per prim. int. heilen zu wollen.

7. Febr. werden die Nähte entfernt; die Stichkanäle sind etwas excoriirt, aber die Wunde vollständig angelegt.

9. Febr. Stutus id. Wunde geheilt, Narbe linear, weich anzufühlen.

14. Febr. Narbe linear. Leistendrüsen sehr abgeschwollen.

22. März. Keine Krankheitserscheinung.

12. April. Desgleichen.

Resumé: Excision einer angeblich seit mehreren Wochen bestehenden Induration. Heilung per prim. int. In den nächsten 9 Wochen ist kein allgemeines Symptom aufgetreten; der Kranke steht noch in weiterer Beobachtung.

Klinische Ergebnisse.

Versuchen wir es nun diese Krankengeschichten zu gruppiren, so bieten sich uns folgende Gesichtspunkte dar, welche der Erörterung zugänglich und bedürftig erscheinen:

a) Geschichte der excidirten Fälle bis zur Excision.

Die Fälle, in welchen die Excision des syphilitischen Initialaffects vorgenommen wurde, waren durchwegs solche, in welchen die specifische locale Härte über allen Zweifel erhaben war; eine Härte von elastischer Beschaffenheit, welche sich scharf von der Umgebung abhob, die Form einer durchschnittenen Erbse, eines Kartenblattes, eines Ringes mit erhabenem hartem Walle darstellte, mit einer Hautfalte aufgehoben und mit den Fingern umgriffen werden konnte. Die sogenannte „Erosion chancreuse“ der französischen Autoren, d. h. eine oberflächliche, sehr ausgedehnte Erosion mit ganz dünner, papierblattartiger Härte oder eigentlich Steifigkeit des Grundes bildete, wegen ihrer geringeren diagnostischen Zuverlässigkeit kein Object meiner Excisionsversuche.

Die Art, wie sich diese Härte entwickelt hatte, ist freilich eine verschiedene gewesen. In der Mehrzahl der Fälle liess die Erzählung des Kranken der Vermuthung Raum, dass die Sclerose einige Zeit nach dem Beischlaf in Form eines kleinen Infiltrates (Knötchens) zuerst bemerkbar geworden sei, welches sich dann in kürzerer oder längerer Zeit vergrössert und zugleich verhärtet habe. In mehreren Fällen aber wurde die Krankheitsgeschichte so erzählt, dass zuerst und zwar binnen 24—48 Stunden nach einem Coitus ein Bläschen entstanden sei, welches sich in eine Pustel und dann in ein Geschwürchen umgewandelt habe. An diesen Geschwürchen habe nun eine Verhärtung der Basis und der Ränder stattgefunden,

so dass die ursprüngliche Ulceration an der Oberfläche nur mehr eine sammtartige, rothe, körnige, seröses Secret absondernde, bisweilen mit einer Schuppe bedeckte Einsenkung darstellt. Die Fälle, in welchen eine solche Entstehungsweise der Sclerose aus den Angaben der Kranken gefolgert werden kann, sind 3, 4, 5, 8, 15, 19, 21, 33; mehrere derselben haben überdies unter unseren Augen diesen Verlauf ganz oder theilweise durchgemacht. Man lese nur die Krankengeschichten 3, 4, 5, 15, 21. Wie diese Fälle aufzufassen seien, darüber werden die Meinungen verschieden sein; wir halten uns einfach an die objectiven Befunde und sagen, dass wir es mit weichen Schankern zu thun hatten, welche später indurirten. Wenn die dualistische Anschauung es über sich bringen kann, in allen den genannten Fällen den Kniff einer hypothetischen Combination beider Contagien anzuwenden und also in allen diesen Fällen „hybride" oder „gemischte" Schanker supponirt, so scheint uns dies ein logischer Vorgang von an Starrsinn grenzender Consequenz und auf das Zusammentreffen der seltensten Zufälle so künstlich gebaut, dass wir lieber darauf verzichten wollen.

In einigen Fällen (4 und 18) war die in wenigen Stunden nach dem Coitus aufgetretene Localaffection multipel gewesen, die Erosionen oder weichen Schanker waren dann (wenigstens im Fall 4) zusammengeflossen und gemeinsam sclerosirt.

Im Falle 14 war neben der Sclerose ein weiches Geschwür vorhanden; auf die Wahrscheinlichkeit der Infection der Excisionswunde durch den daneben sitzenden weichen Schanker haben wir schon hingedeutet.

Wenn wir nun die Dauer des Processes bis zur Vornahme der Excision in Betracht ziehen, so muss leider darauf Gewicht gelegt werden, dass die Anamnesen, so sehr auch bei ihrer Erhebung das Möglichste gethan wurde, sich als vollkommen unzuverlässig herausstellen. Auf die Angaben der Kranken über den Zeitpunkt, wann sie den letzten Coitus ausgeübt, legt kein erfahrener Syphilidolog auch nur das mindeste Gewicht; „quivis Syphiliticus mendax." Und dazu kommt, dass die oft vorhandene wochenlange Incubationsdauer einen neuerlichen Coitus leicht zulässt und dass dann die Frage, welche von zwei oder mehreren letzten Cohabitationen die eingentlich inficirende gewesen sei, gar nicht lösbar erscheint. Dasselbe gilt von den Ant-

worten der Kranken auf die Frage, wann sie zuerst eine locale Veränderung wahrgenommen haben? Es muss nach dem Gesagten Klarheit darüber herrschen, dass die Angaben der Kranken fast werthlos und dass eine Zeitbestimmung des Bestandes der Localaffection bis zur Vorstellung des Kranken, beziehungsweise bis zur Vornahme der Excision sehr schwierig, meistens unmöglich ist. Wir haben in unseren Fällen wohl diese Angaben der Kranken über die Dauer des Bestandes der Primäraffection bis zu ihrer Aufnahme registrirt; sie reichen von einem Minimum von 4 Tagen, (Fall 22, wo nicht einmal ein weicher Schanker den Beginn gemacht haben soll, aber doch ein suppurirender Bubo auftrat) bis zu 4—7 Wochen (8, 15, 25, 26, 30, 33). In den Fällen 8, 15, 33 war weicher Schanker vorausgegangen. Es ist somit nicht möglich, über die Dauer der Krankheit in allen vorliegenden Fällen Bestimmtes auszusagen. Es sind darunter einige Fälle, in welchen sich nach der Anamnese und den klinischen Merkmalen angeben lässt, dass die Sclerose eine längere Zeit bestehende gewesen sein müsse und doch entspricht der histologische Befund der Acme des Processes. Umgekehrt gibt es Sclerosen, deren Dauer eine bedeutend kürzere ist und welche doch histologisch die Charaktere eines nahezu abgelaufenen pathologischen Processes darbieten. Da die schnellere oder langsamere Abwicklung des Sclerosirungsprocesses offenbar von uns noch ganz unbekannten Momenten abhängt, so müssen wir vorläufig darauf verzichten, die klinischen und historischen mit den anatomischen Altersbefunden aller einzelnen Fälle in ein festes Verhältniss pressen zu wollen. Natürlich gibt die obige Zeitbestimmung, welche nur für die Dauer des Bestandes der Sclerose gilt, schlechterdings kein Mass für die Dauer der Incubation, da in dieser Beziehung gar zwei Momente, die Zeit des letzten Beischlafes und die Zeit des Auftretens der Veränderung flottant oder unverlässlich erscheinen.

Es könnte eingewendet werden, dass es ja gewisse objective Anhaltspunkte für die Dauer einer Primäraffection gebe, nämlich das Aussehen einer Sclerose und ferner die Zeit und Art des Auftretens der indolenten Leistenbubonen. Nun ist aber das Aussehen der Sclerose ein sehr wechselndes, das Mass der Härte und Elasticität verschieden und um so verschiedener, wenn die Sclerose nicht aus einem Knötcheninfiltrat nach längerer Incubation, sondern

durch die schrittweise Verhärtung eines weichen Schankers entstanden ist. Was die Geschwürsbildung betrifft, so ist dieselbe in dem letzteren Falle, wo sie das Primäre des Processes gewesen ist, bisweilen noch sehr tiefgreifend und kann trotz des hart werdenden oder gewordenen Randes und Grundes noch immer die Kennzeichen eines ausgesprochenen Ulcus molle an sich tragen; ja nicht selten tritt an solchen Geschwüren der sogenannte Phagedänismus scharf genug hervor und es bietet das auf harter Basis sitzende Geschwür das Bild des körnigen Zerfalles, dem Processe der Wund-Diphtherie ähnlich oder einer croupösen Auflagerung, durch welche die charakteristischen Merkmale der Sclerose gedeckt, ja bisweilen das harte Gewebe in erster Linie zerstört wird. In anderen Fällen geht die Entwicklung der Phagedän parallel mit jener der Härte, so z. B. im Falle 21, wo ein weicher Schanker unter unserer Beobachtung phagedänisch wurde uud zugleich indurirte. Wir haben oben Fälle angeführt, wo die Phagedän wenigstens die Excisionswunde der Sclerose ergriffen hat und die also in gewissem Sinne hieher gehören. Es ist dies der Fall 14, wo sich freilich an der Initialsclerose selbst, die in Alkohol conservirt und später untersucht wurde, noch keine Merkmale der Phagedän auffinden liessen; ein zweiter ähnlicher Fall ist Nr. 23 und ferner Nr. 32, in welchen Abscessbildung in der Umgebung der Excision und Phagedän der Wunde eingetreten ist.

Aber auch abgesehen von der Complication mit Phagedän hat diese Erosion auch in den gewöhnlichen Fällen von Initial-Sclerose ein wechselndes Aussehen und verschiedene Tiefe, ohne dass ein directer Zusammenhang dieser Verhältnisse mit der Dauer des Processes constatirt werden könnte. Es gibt Sclerosen ganz ohne eigentliche Erosion, ja fast ohne Vertiefung der Oberfläche (z. B. in unserem Fall 27), höchstens mit einem blutig suffundirten Schüppchen bedeckt; oder es zeigt sich bloss eine flache Vertiefung, deren röthliche, uneben granulirte Oberfläche serös-blutiges Secret absondert. In diesen Fällen zeigt die Untersuchung in der Regel, dass die Epidermis gar nicht zerstört ist, sondern nur von fremden Einlagerungen (Blutzelleninfiltrat) durchsetzt immer noch dem Schanker aufsitzt. Die Röthe und das Sammtartige der Oberfläche entsprechen in diesen Fällen keineswegs der blossliegenden Lederhaut, sondern es haben sich

Ober- und Lederhaut zu einer gleichmässig durchsetzten Masse umgestaltet, deren oberste Partie über der Erosion einfach in der Fortsetzung der obersten Hornschichtlamellen von den gesunden Stellen her in Form einer Schuppe verläuft. Schneidet man solche excidirte Sclerosen, deren gesunde Umgebung erhalten ist, senkrecht durch, so dass der Schnitt durch die oberflächliche Einsenkung oder Erosion hindurchgeht, so stellt der Durchschnitt eine grauliche Fläche dar, welche je nach der Form und Wölbung des Knotens mehr nach oben oder nach der Tiefe oder zugleich nach beiden Richtungen gewölbte Contouren zeigt. Bei genauerer Besichtigung mit freiem Auge oder mit der Lupe hebt sich an der oberen Grenze ein weisslicher Saum ab, welcher ziemlich gleichmässig über die Sclerose verläuft und der Epidermis entspricht. An einer Stelle dieses Saumes, welche meist, aber nicht immer mit dem Centrum des Knotens, aber jedesmal mit der Stelle der Erosion zusammenfällt, findet sich eine nicht scharf begrenzte, dunkle, oft blutig suffundirte Partie, von welcher aus nach abwärts durch die grösste Dicke des Knotens, oft bis ins subcutane Bindegewebe gelbliche oder bräunliche Züge in verschiedenen Richtungen, meistens dicht verfilzt, verlaufen. Die am Kranken so scharf umschriebene Härte ist auf dem Durchschnitt meistens geringer, lässt in der Regel keinen Vergleich mehr mit dem Knorpel zu und hat gewöhnlich auch ihre scharfe Begrenzung verloren. Es geht daraus jedenfalls hervor, dass der Eindruck der Härte n i c h t d u r c h d e n R a n d der Sclerose hervorgebracht wird, auch dann nicht, wenn sogenannte ringförmige Sclerosen vorliegen, z. B. in unseren Fällen 6, 8, 9, 25, 28, 33. Auch hier ist der Sitz der weitest vorgeschrittenen Veränderung stets die Partie unter der Erosion und nicht die seitlichen, der gesunden Umgebung näher liegenden Gewebstheile.

Länger bestehende Sclerosen, bei welchen der Process nahezu abgelaufen ist, haben in der Regel ihre Härte mehr oder weniger eingebüsst, doch lässt sich der Knoten, abgesehen von der durch ihn erzeugten Wölbung auf dem Durchschnitt immer noch durch seine grauliche Färbung erkennen. Wir führen als Beispiele solcher Knoten die Fälle 2, 13, 15, 20, 30 an.

Die Grösse der Knoten variirt — dem klinischen Befunde entsprechend — sehr; die sogenannten Erosions chancreuses und die Pergamentschanker (z. B. unsere Fälle 4, 11, 13, 16, 20, 27, 28) zeigen die geringsten Niveauverschiebungen.

Man kann nach dem Gesagten bei solcher Initialsclerose nicht leicht von einem Schankergeschwür, bisweilen eigentlich nicht einmal von einer Erosion reden. Freilich gibt es auch andere Fälle, wo die später zu beschreibende Erkrankung des Gewebes eine Zerstörung in grösserem Massstabe nach der Tiefe zu bewirkt hat und wo es sich um einen wirklichen Substanzverlust handelt, jenen harten Schanker, der nach Ricord's Vergleiche wie mit dem Lochbohrer (à l'évidoir) trichterförmig ausgebohrt erscheint. Allein dieser trichterförmige Substanzverlust kann schon bei kurzer Dauer der Induration beobachtet werden, wenn die letztere vom Beginne an tiefgehend gewesen und die Zellenwucherung rapid verlaufen ist, wenn endlich die Localität besonders geeignet ist, z. B. der Rand des inneren Vorhautblattes. Andererseits kommt es oft auch bei sehr langer Dauer des Processes höchstens zu einer oberflächlichen Erosion, wie sie oben beschrieben wurde, insbesondere bei mehr flachem Infiltrate, wie es z. B. sog. Pergamentschanker darbieten. Einen solchen exquisiten Befund zeigt uns z. B. Fall 20, in welchem die Excision bei schon vorhandener Roseola syphilit. vorgenommen wurde, also die Localaffection jedenfalls sehr lange bestanden hatte.

Eine andere Frage ist die, ob nicht die indolenten Leistenbubonen für die Bestimmung des Alters der Sclerose Anhaltspunkte geben können? Nach den Ergebnissen von experimentellen Syphilisimpfungen treten diese Bubonen gewöhnlich 1—2 Wochen nach dem Erscheinen des Primärinfiltrates auf und auch die Syphilographen, welche nach den Erfahrungen am Krankenbette ihre Angaben machen, stimmen im Allgemeinen mit dieser Zeitangabe überein. Wir haben in unseren Fällen fast durchgängig stärkere oder schwächere Anschwellung der Leistendrüsen verzeichnet, in der Regel indolent, hie und da in vorübergehender Weise etwas schmerzhaft. Allein weder die Localität der zumeist ergriffenen Drüsenpakete (in der Regel waren, wie dies bei der topographischen Provenienz der Lymphdrüsenerkrankung von den Genitalien her natürlich ist, am meisten die Gruppe B_2, dann B und C geschwollen), noch die Stärke der Anschwellung geben irgend ein Kriterium für die Dauer der Initialsclerose, weil allerlei Momente, welche gar nicht mit der actuellen Erkrankung zusammenhängen, dabei in Frage kommen, so z. B. die Constitution des kranken Individuums, die nicht bekannte frühere Beschaffenheit seiner Leistendrüsen und weil andererseits die einmal geschwollenen

Drüsengruppen nur langsam und schrittweise und nur bis zu einer gewissen Grenze weiter fortschwellen.

Es wurden mehrere Krankengeschichten angeführt, in welchen suppurirende Bubonen und Periadenitides auftraten und in welchen auch die Punction vorgenommen wurde. Hieher gehören die Fälle 14, 15, 18, 22, 28. Davon war in 15 die Sclerose aus weichem Schanker hervorgegangen und in 14 sass ein weicher Schanker neben der Sclerose. Im Falle 18 wurde die Punction wegen grosser Schmerzhaftigkeit einer Drüse frühzeitig gemacht, ohne Eiter zu entleeren. Der Schmerz verschwand darauf für immer. Was den Fall 22 betrifft, so sassen hier in beiden Leisten Anfangs indolente Bubonen und sie blieben auch auf einer Seite indolent, während eine Drüse der anderen Seite, angeblich nach einem forcirten Marsche, schmerzhaft wurde. Nach einer frühzeitig vorgenommenen Punction, welche in der That etwas Eiter entleerte, war die Adenitis nach 8 Tagen verheilt. Es handelte sich hier also offenbar um eine complicirende Entzündung und Vereiterung eines im Uebrigen den indolenten Drüsentumoren angehörenden Drüschens, wie dies ja nicht selten beobachtet wird.

Der Fall 28 hat eine so mangelhafte Anamnese, dass über die Frage, ob die Sclerose bei ihm aus weichem Schanker hervorgegangen sei, keine Auskunft möglich ist. Die Sclerose war, wie der mikroskopische Befund zeigte, jedenfalls eine sehr junge gewesen.

Was die Beschaffenheit der Kranken betrifft, an welchen die Excisionsversuche vorgenommen wurden, so ist keiner der Fälle schon früher vorhergegangener syphilitischer Gesammterkrankung verdächtig gewesen. Wohl aber wurde die Operation an einigen Kranken vorgenommen, bei welchen in Folge der actuellen Infection schon Symptome des Allgemeinleidens vorlagen.

Es gehören hierher sicher die Fälle 20, 30, vielleicht auch der Fall 2. Im Fall 2 waren zur Zeit der Excision Erosionen der Rachenschleimhaut vorhanden, die nicht verschwanden, zu denen sich jedoch erst in einigen Wochen eine deutliche Roseola gesellte. Der Fall ist jedenfalls als zweifelhaft anzusehen. Bei Fall 20 wurde die Excision trotz ausgesprochener Roseola absichtlich vorgenommen, um die Vernarbung der Excisionswunde unter diesen Verhältnissen zu studiren. Im Fall 30 endlich, welcher eine schon Wochen lang bestehende Sclerose trug, trat schon 8 Tage nach der Excision deutliche Roseola hervor.

b) Verlauf der Fälle nach der Excision.

Ueber die Methode der Excision wurde schon in der Einleitung berichtet. Wir haben nun hier weiter den Verlauf der Fälle nach der Excision zu betrachten und die sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen zu ziehen. Vorausgeschickt muss werden, dass in 2 Fällen (5 und 16) der weitere Verlauf gar nicht beobachtet werden konnte.

Was zuerst den localen Verlauf an der Excisionsstelle betrifft, zeigte sich, dass vollständige Heilung der Wunde per primam intentionem in den Fällen 2, 22, 24, 25, 29, 33 eingetreten ist. Theilweise Heilung per primam intentionem und mehr oder weniger schnelle Vernarbung des eiternden, offengebliebenen Wundtheils ergab sich in den Fällen 3 (10 T.), 6 (12 T.), 12 (10 T.), 15 (8 T.), 19 (14 T.), 20 (12 T.), 28 (14 T.), 31 (6 T.); dann kommen 9 (24 T.), 10 (20–24 T.), 17 (20 T.), 23 (9 Wochen wegen Phagedän). In allen diesen Fällen blieb die Narbe linear, weich und es zeigte sich auch später an derselben keine Veränderung.

Was nun die anderen Fälle betrifft, so entwickelte sich im Falle 1, 12 Tage nach der Excision von der noch nicht vernarbten Stelle aus eine neue Härte und daran sich schliessend eine dorsale Gefässstranginduration;

Im Fall 4 dessgleichen nach etwa 6 Tagen;

Im Fall 7 nach 2 Tagen Härte der Wundbasis, welche sich trotz neuerlicher Abtragung immer wieder einstellte;

Im Fall 8 trat eine Härte der Basis nach 5 Tagen ein, die jedoch mehr eine Entzündungshärte zu sein schien und sich nicht deutlich umschreiben liess. Die Wunde war erst nach 20 Tagen ganz vernarbt, die Narbe mässig weich;

Im Fall 11 transformirte sich die nach 14 Tagen bis 3 Wochen geschlossene Wunde nach 3 Wochen in einen Infiltrationsknoten;

Im Falle 13 trat wohl Heilung per primam int. auf, die Wunde öffnete sich aber bald wieder (und wurde hart?);

Im Fall 14 trat Phagedän der Wunde von einem daneben sitzenden U. molle, ferner Verhärtung der Umgebung der Harnröhre auf;

Im Falle 18, dessen Wunde nach 24 Tagen vernarbt war, einige Tage später ein Infiltrat der Narbe, welches auch wieder bald verschwand;

Im Falle 21 Wundheilung nach 16 Tagen, Narbe weich, 10 Tage später Papelbildung an der Narbe gleichzeitig mit allgemeinem papulösem Syphilid.

Im Fall 26 bildete sich nach 8 Tagen ein härtlicher Ring um die Wundfläche und Härte der Basis;

Im Fall 27 vernarbte die Wunde innerhalb 20 Tagen und blieb weich; 5 Wochen nach der Excision trat mit einer Roseola gleichzeitig auch neuerliche Erosion der Wunde auf;

Im Fall 30 ging die Wundheilung langsam vor sich und schon nach 6 Tagen zeigte sich wieder Verhärtung der Basis;

Im Fall 32 endlich Phagedän der Excisionswunde, Abscessbildung in der Tiefe, nach 6 Wochen erst Narbenbildung, die Narbe härtlich.

Es ergibt sich aus dieser Zusammenfassung, dass die Narbe nach der Excision in 18 von jenen Fällen, deren Verlauf bekannt ist, unzweifelhaft weich geblieben ist. Von diesen sind 14 (3, 6, 9, 10, 12, 15, 17, 19, 23, 24, 25, 28, 29, 31) auch mit Sicherheit gesund geblieben. Ueber die Fälle 2, 22, 33 lässt sich theils wegen etwas zu kurzer Beobachtungsdauer, theils wegen nicht ganz sicherer Deutung des weiteren Verlaufes keine bestimmte Angabe in Betreff der Frage der Allgemeininfection machen. Der Fall 20 aber war schon vor der Excision an allgemeiner Syphilis erkrankt gewesen.

In den anderen oben angeführten Fällen, in welchen an der Excisionsstelle Recidiv der Härte oder Zerfall der Narbe oder endlich eine Deposition eines über dem übrigen Körper auftretenden Hautsyphilides stattfand, waren trotz der Excision constitutionelle Syphiliserscheinungen gefolgt. Eine Bemerkung verdienen jedoch in dieser Richtung die Fälle 8 und 18, in welchen weder die Verhärtung der Wundbasis, noch die spätere constitutionelle Erkrankung über jeden Zweifel erhaben ist, endlich der Fall 32, in welchem bisher noch keine allgemeine Syphilis constatirt werden konnte.

Betrachten wir nun schliesslich alle 33 excidirten Fälle ohne Rücksicht auf locale Recidive nur in Betracht des Enderfolges, d. h. des Auftretens oder nicht Auftretens allgemeiner Syphilis, so werden wir zuerst zwei Fälle ausscheiden, welche sich der Beobachtung kurz nach der Excision entzogen haben (5, 16), und zwei andere (32 und 33) wegen nicht abgeschlossener Beob-

achtung. Ferner zwei Fälle, in welchen die schon vor der Excision vorhandene Gesammterkrankung sicher constatirt worden ist (20, 30); dann vier Fälle, bei denen der Erfolg nach den vorliegenden Daten als zweifelhaft angesehen werden muss (2, 8, 18, 22), so bleiben noch 23 Fälle zurück. Von diesen sind 9 (die Fälle 1, 4, 7, 11, 13, 14, 21, 26, 27) trotz der Excision sicher von allgemeiner Syphilis befallen worden; in 14 Fällen (3, 6, 9, 10, 12, 15, 17, 19, 23, 24, 25, 28, 29, 31) ist nach der Excision innerhalb eines genügend langen Beobachtungszeitraumes keine allgemeine Syphilis hervorgetreten.

Man sieht, dass die Zahl der positiven Erfolge, d. h. des Nicht-Auftretens allgemeiner Erscheinungen nach der Excision eine bedeutende ist; und selbst dann, wenn man die vier zweifelhaften und den Fall 32 den negativen Erfolgen zurechnen wollte. Es fragt sich aber, wie sich denn die allgemeinen Symptome in den 8, resp. 12 Fällen, wo sie sich überhaupt eingestellt haben, verhielten?

Was zuerst die Zeitdauer zwischen der Excision und dem Auftreten von Allgemeinsymptomen betrifft, so war diese begreiflicher Weise sehr verschieden, da die Excision ja an Sclerosen des verschiedensten Alters vorgenommen worden war. Wir glauben auf diesen Punkt nur insoferne eingehen zu sollen, um nochmals zu erinnern, dass in einem Falle (30) die Syphilissymptome so schnell nach der Excision auftraten, dass unzweifelhaft die Excision schon im durchseuchten Organismus stattgefunden haben musste, ein Vorgang, der überdies im Falle 20 mit Absicht stattgefunden hat.

Auch in Betreff der Form des Auftretens sind wir in den meisten Fällen nicht in der Lage, irgend welche Verschiedenheiten von dem gewöhnlichen Modus herauszufinden. Wohl aber führt die Betrachtung der als „zweifelhaft“ angeführten Fälle 2, 8, 18, 22 und überdies noch der Fälle 1 und 32 auf die Vermuthung, dass es sich hier möglicherweise um eine Abschwächung der allgemeinen Symptome gehandelt habe, die sich durch Untypicität des Auftretens, durch Flüchtigkeit des Bestandes oder gar durch kaum merkbare Andeutung der erwarteten Erscheinungen ausdrückte. Ich bedauere, weitere Untersuchungen in dieser Beziehung der Zukunft anheimstellen zu müssen.

Ueberhaupt aber möge noch Folgendes bedacht werden: Das Experiment, wie es von uns angestellt worden ist, hat in keiner Weise auf Fälle Rücksicht genommen, in welchen etwa eine kurze Dauer

der Localerkrankung, also eine grössere Chance eines günstigen prophylaktischen Resultates angenommen werden konnte. In der grossen Mehrzahl der Fälle waren schon indolente Leistenbubonen vorhanden. Die Operation fand eben in den sich darbietenden Fällen statt, wenn nur die Localaffection als eine zweifellose und scharf charakterisirte Initial-Sclerose angesehen werden musste, also offenbar häufiger in Fällen, bei welchen die Sclerose, ehe sie sich so deutlich herausbilden konnte, schon längere Zeit bestanden hatte und daher die Gefahr schon bestehender Infection des Gesammtorganismus um so eher vorhanden war.

Es möge ferner berücksichtigt werden, dass die Operationsmethode selbst eine sehr unvollkommene war und für manchen Operationsfall die Wahrscheinlichkeit vorliegt, dass ein Theil der Sclerose oder wenigstens einzelne Partikelchen derselben in der Wunde zurückgelassen worden waren, dass ferner der Verband, die Reinhaltung und Pflege der Wunde bei dem Umstande, als alle Operationen und die weitere Beobachtung an ambulatorischen Kranken vorgenommen werden musste, Alles zu wünschen übrig liess. Mag immerhin angeführt werden, dass bisweilen auch nach Sclerosen die allgemeine Syphilis ausbleibt, so kann dies zugegeben werden, aber nur für so seltene Fälle, dass ihre Berücksichtigung nicht schwer in's Gewicht fällt.

Corollarien.

Und nun wollen wir zum Abschlusse des klinischen Theils dieser Untersuchungen jene Momente kurz zusammenfassen, welche sich aus der bisherigen Darstellung zu ergeben scheinen.

1. Diejenigen Fälle, bei welchen der Sclerosirung ein weicher Schanker vorausgegangen ist, (3, 8, 15, 19) blieben sämmtlich nach der Excision von der Allgemeininfection frei. Wir halten uns nicht für berechtigt, aus der kleinen Zahl unserer Fälle irgend welche Schlüsse aus diesem vielleicht zufälligen Ergebnisse zu ziehen.

2. Obgleich fast in allen unseren Fällen indolente Leistenbubonen vorhanden waren, zeigte die sorgfältigste Untersuchung, ausser hie und da in Folge specieller von der Syphilis unabhängiger Ursachen, doch nirgends Anschwellung *anderer* Lymphdrüsen.

3. Diejenigen Fälle, bei welchen nach der Excision *keine neuerliche locale Sclerosirung auftrat, blieben in der Regel*

auch von Syphilis frei. Eie Ausnahmen bestätigen die Regel (siehe oben). Der Fall 20 aber, welcher ein schon vor der Excision syphilitisches Individuum betraf, lehrt überdies evident, dass das Durchseuchtsein eines Individuums mit Syphilis auch nicht nothwendig ein neuerliches Auftreten des Infiltrates an der verwundeten Eingangsstelle des Giftes zur Folge haben müsse. Dass freilich das Gegentheil die Regel sei, zeigt der Umstand, dass in allen 8 Fällen von unbestreitbarem Syphilisauftreten nach der Excision sowie in dem schon von vornherein durchseuchten Falle 30 (Fall 20 macht auch unter diesen eine Ausnahme) auch eine Infiltration der Excisionswunde vorausgegangen ist.

Es geht aus Allem dem hervor, dass die Behauptung der meisten Schriftsteller, nach Excision einer Sclerose trete jedesmal neuerliche Induration auf, entschieden falsch ist, dass die Recrudescenz eben nur dann eintritt, wenn die Operation ohne Erfolg geblieben ist und endlich, dass selbst bei constatirter Allgemeininfection nicht nothwendig abermals Induration auftreten müsse, wenn dies auch in der Regel der Fall ist.

4. Die nach der Excision auftretende Phagedän hindert nicht das Auftreten allgemeiner Erscheinungen (Fall 19), aber sie ist auch nicht als ein Vorbote des Syphilisausbruches anzusehen (Fälle 23, 32).

5. Die Thatsache, dass in einer grösseren Anzahl wohl constatirter Fälle von Initialsclerose die allgemeinen Erscheinungen ausgeblieben sind, beweist, dass die Initialsclerose pathologisch nicht als ein Erzeugniss der schon vorhandenen Gesammtinfection, sondern eben nur als der Ausgangspunkt, als das erste Depôt der Infection nahe der Schwelle des Organismus anzusehen ist, von welchem aus erst die Durchseuchung erfolgt. Genau dasselbe Raisonnement gilt auch für die indolente Leistendrüsenschwellung, wslche wir schon seit längerer Zeit von den allgemeinen Lymphdrüsenschwellungen bei syphilitischer Dyskrasie unterschieden haben[1]). Fast alle unsere Fälle von Excision, in welchen die Syphilis ausgeblieben ist, hatten zur Zeit der Excision schon deutlich geschwellte Leistenplejaden.

6. Die Recrudescenz des Infiltrates an der Excisionsstelle in jenen Fällen, wo allgemeine Syphilis auftritt und nur

---

[1]) Auspitz: Die Bubonen d. Leistengegend. Diese Vierteljahrschr. 1873.

dort kann ebenfalls nicht als ein Erzeugniss des im Stoffwechsel kreisenden Giftes betrachtet werden. Hierüber geben jene Fälle Aufschluss, in welchen in der That gleichzeitig mit dem Ausbruch der allgemeinen Symptome Veränderungen an der Excisionsstelle auftraten. Das waren keine Sclerosirungen, sondern der Hauteruption analoge Formen, z. B. Papeln im Fall 21 mit allgemeinen papulösem Syphilid, eine Erosion im Fall 27 mit Roseola univ. und Rachenerosionen. Die specifische Härte, wie sie der Initialsclerose und ihrem Recidiv zukommt, ist überhaupt kein der Hautsyphilis in irgend einem Stadium eigenthümliches Symptom, es ist ja bekannt, dass die sogenannten tertiär-syphilitischen Geschwüre die grösste Aehnlichkeit mit weichen Schankergeschwüren, dagegen gar keine mit harten Schankern besitzen.

Wir betrachten demnach auch die recidivirende Sclerose als das Resultat einer localen Einwirkung des Infectionsstoffes, welcher entweder wegen der ungenügend ausgeführten Excision oder wegen der schon zu weit ausgebreiteten syphilitischen Veränderung an den Gefässen in der Umgebung nicht beseitigt werden kann. Auch die histologische Beschaffenheit der Sclerose scheint für diese Annahme beachtenswerthe Anhaltspunkte zu geben, wie später erhellen wird.

7. Ob die Excision in jenen Fällen, in welchen die Infection dadurch nicht gehindert wurde, irgend welchen Einfluss auf die Dauer oder Beschaffenheit des Syphilisverlaufes übe, wofür einzelne Krankengeschichten zu sprechen scheinen, muss durch weitere Studien festgestellt werden.

8. Die Excision ist als Präservativmittel gegen die Allgemein-Infection in jenen Fällen zu empfehlen, wo es sich um eine kürzere Zeit bestehende Sclerose handelt, die ausser indolenter Leistendrüsenschwellung (welche wir nur als directe Folge der Sclerose und nicht als Ausdruck der allgemeinen Infection betrachten) noch keine weiteren Complicationen aufzuweisen hat, deren Sitz ein für die Excision günstiger ist (z. B. die äussere Haut des Gliedes, das äussere oder innere Präputialblatt, aber nicht der Sulcus coronarius, die Eichel) und deren Operation und Wundpflege endlich mit genügender Präcision, Gründlichkeit und Sorgfalt vorgenommen werden kann.

Die
Anatomie der syphilitischen Initial-Sclerose.

Von Prof. **Heinrich Auspitz** in Wien und Dr. **Paul Unna** in Hamburg.

(Mit 4 Tafeln.)

Man macht sich die richtigste und einfachste Vorstellung von dem Gange der als initiale Sclerose bei der Syphilis bekannten Gewebsinduration, wenn man den Gefässverlauf in der Cutis dabei wohl im Auge behält. Schon Biesiadecki hat mit Recht die Behauptung aufgestellt [1]), dass die Adventitia der Gefässe bei derjenigen zelligen Infiltration hauptsächlich betheiligt sei, welche bisher als das einzige gut constatirte und für die histologische Erklärung der Sclerose verwerthbare Factum anzusehen ist.

Die Gefässe des Unterhautzellgewebes bilden bekanntlich, ehe sie senkrecht aufsteigende Aeste in die Cutis abgeben, an der Grenze zwischen letzterer und subcutanem Gewebe horizontal verlaufende, weite Röhren. Erst aus diesen erheben sich dann feinere Aeste, welche schräg oder senkrecht die Lederhaut durchsetzen. Diese sind, wie Tomsa nachgewiesen hat[2]), theils für das Fett, theils für die Schweissdrüsen bestimmt und bilden erst nahe der Papillarschicht ein compacteres, horizontal liegendes Arterien- und Venennetz, welches sich in die Capillaren der Papillarschicht auflöst, beziehungsweise aus ihnen zusammensetzt. Daraus folgt, dass zwischen dem oberflächlichen und tiefen Gefässnetze der Haut ein verhältnissmässig gefässarmer Bezirk vorhanden ist, welcher nur von den Aestchen für das Fett und die Schweissdrüsen, sowie von abwärts gerichteten Nebenschlingen des Papillarstromes (für die Muskulatur, die Ausführungsgänge der Schweissdrüsen und das Nervensystem) versorgt wird und dessen Breite mit der Dicke der eigentlichen Cutis wechselt.

[1]) Sitzungsber. der Wiener Akad. d. Wiss. 56. Bd., 2. Abth. Juni 1867.

[2]) Dieses Archiv 1873 pag. 1 ff.

Man kann nun den Verlauf der Induration mit Bezug auf diese anatomischen Verhältnisse in folgenden Rahmen fassen: Sobald die ersten Spuren der Induration dem tastenden Finger wahrnehmbar werden, haben wir das oberflächliche Gefässnetz in einer der indurirten Stelle entsprechenden Ausdehnung in einen Infiltrationsherd verwandelt, über den, nach allen Richtungen hinausgreifend, wir allerdings schon eigenthümliche Veränderungen der Arterien und Venen, der Capillaren, Lymphgefässe, des Bindegewebes und der Epidermis in schwächerer Ausprägung vorfinden. Schreitet nun die Induration weiter und finden wir im Lebenden in situ einen harten Knoten an Stelle der eben tastbaren Sclerose, so zeigt sich uns unter dem Mikroskop auch das tiefere, gröbere Gefässnetz in derselben Ausdehnung in einen Infiltrationsherd umgewandelt, welcher mit dem oberflächlichen durch eine eigenthümliche, näher zu schildernde Sclerosirung der dazwischen liegenden gefässärmeren Bindegewebspartie in einen einzigen festen Knoten verschmolzen erscheint.

Wenn es trotzdem nicht immer leicht ist, die beginnende Sclerose von der auf der Höhe der Entwicklung stehenden mikroskopisch scharf zu unterscheiden, so ist dabei zu bemerken, dass beide Stadien häufig genug durch allmäliche, unmerkliche Uebergänge mit einander verbunden sind und nur die Extreme sich stets gut und scharf von einander trennen lassen, weiter, dass mikroskopisch an ein und derselben Sclerose sehr häufig die Randpartien das erste Stadium repräsentiren, während im Centrum der oberflächliche mit dem tiefen Herde bereits verschmolzen ist; endlich, dass das aufgestellte Schema meistens, aber doch nur dort giltig ist, wo sich die obigen typischen Verhältnisse des Gefässverlaufes finden; dass dagegen überall, wo diese verwischt sind, die Sclerose sich auch mikroskopisch und tastbar anders darstellen muss. So kann z. B. bei grosser Dünnheit der eigentlichen Cutis die Induration des oberflächlichen und tiefen Gefässnetzes nahezu in Eins verschmelzen, und die ganze Sclerose sich als eine dünne Platte repräsentiren (Pergamentinduration). Andererseits wird man dort, wo ein mächtiges Unterhautzellgewebe allmälig in festeres Lederhautgewebe übergeht, im Anfange überhaupt keine ausgeprägte Sclerose bemerken, später aber eine mehr diffuse, sich unbestimmt in der Tiefe verlierende Verhärtung finden. Verlaufen endlich dicht

unter der eigentlichen Cutis verhältnissmässig grosse Gefässe (Vasa frenuli praeputii, Vasa dorsalia penis), so bestimmen diese vielleicht ganz und gar die Gestalt der sich entwickelnden Sclerose. Die initiale Induration am Eingangsthor des syphilitischen Giftes weist uns stets denselben scharf charakterisirten histologischen Process auf, ihre äussere Form ist jedoch vorwiegend durch vorgebildete Unterschiede im cutanen Gefässverlaufe individualisirt.

Veränderungen im Bindegewebe.

Im Bindegewebe fallen uns schon in der Umgebung der beginnenden Sclerose hypertrophische und hyperplastische Vorgänge an den kleinen Blutgefässen auf, vor Allem eine Wucherung der adventitiellen Bindegewebslagen. Die einzelnen Zellen sind sehr protoplasmareich, zeigen Vermehrung der Kernkörperchen, der Kerne und endlich der Zellen selbst. Da die neugetheilten, kleineren Kerne sich lebhafter färben, so fallen allein schon hierdurch die kleinen Gefässe in der Nachbarschaft der Sclerose auf. Die Zellen der Intima schwellen wohl auch an, zeigen sogar hier und dort Kerntheilung, aber verhalten sich in jüngeren Sclerosen der Adventitia gegenüber doch verhältnissmässig unthätig. Daher fallen auch die entsprechenden Veränderungen in den Capillargefässen überhaupt weniger auf. Einen durchgreifenden Unterschied zwischen der Betheiligung der Adventitia an den kleineren Arterien und der der entsprechenden Venen konnten wir nicht constatiren. Natürlich fällt aber die adventitielle Wucherung im Fortgang des Processes an den Venen noch mehr ins Auge, erreicht hier auch von aussen nach innen vordringend früher die Intima als in den Arterien, an welchen die Media längere Zeit unverändert dem Eindringen der Wucherung einen Damm entgegensetzt.

Eine Verengerung der Gefässlumina, wie sie Biesiadecki[1]) und Kaposi[2]) für die Sclerose überhaupt angeben, Caspary[3]) jedoch überhaupt läugnet, konnten auch wir in diesem Stadium nicht constatiren.

---

[1]) Beiträge zur physiol. u. pathol. Anatomie der Haut. Aus dem LVI. Bd. der Sitzungsber. d. Wiener Akademie d. Wissensch. 1867.

[2]) Die Syphilis der Haut u. d. angrenzenden Schleimhäute. 1. Heft 1873.

[3]) Zur Anatomie des Ulcus durum et molle. Diese Viertelj. 1876.

Was die Lymphgefässe betrifft, hat Biesiadecki [1]) schon darauf aufmerksam gemacht, dass dieselben, und zwar ebensowohl in der Papillarschicht der Lederhaut als tiefer abwärts bedeutend erweitert sind. Die Wände der Lymphgefässe erscheinen im Beginne der Sclerosirung keineswegs von Granulationszellen durchsetzt, wie die Blutgefässadventitien, und sind dadurch in diesem ersten Stadium von Venen recht gut zu unterscheiden; erst wenn das Bindegewebe der Umgebung von jungen Zellen erfüllt ist, nehmen auch die Lymphgefässwände an der Wucherung Theil. Die klaffenden, länglichen, ovalen oder runden, von scharfem Saume umrandeten Lücken, welche meist leer sind und sich in allen Theilen der Sclerosendurchschnitte finden, entsprechen wohl erweiterten Lymphspalten. Sie für Querschnitte grösserer Lymphgefässe zu halten, dagegen spricht das Fehlen einer deutlichen Schichtung ihrer Wände, welche ja bei Lymphgefässen dieses Calibers ebenso wenig fehlt als bei gleich weiten Venen. Uebrigens ist wohl vor Verwechslung mit Präparationslücken zu warnen.

Parallel mit der im Bereiche der späteren Sclerose ziemlich gleichmässig verbreiteten Wucherung der Blutgefässwände finden wir nun aber eine wichtige Veränderung des die Gefässe zunächst umgebenden Bindegewebes einhergehen. Die Fibrillenbündel, welche zu platten Strängen geordnet die Gefässe einscheiden, schwellen an, werden undurchsichtig, gelblich, von gröberer Textur und, wie der Fortgang des Processes zeigt, bedeutend starrer, unnachgiebiger.

Die zwischen ihnen liegenden Kerne mit Protoplasmaresten haben ebenfalls an Grösse zugenommen. Wie schon Biesiadecki angegeben hat [2]), findet man nämlich in der Peripherie des Schankers, d. h. wie wir sagen wollen, so weit die gleich im Beginne des Processes auftretende Veränderung der Gefässwände reicht — vergrösserte, spindelförmige, oft mit Ausläufern versehene Bindegewebszellen mit granulirtem Protoplasma, bisweilen mit mehreren Kernen. Die Ausläufer dieser Zellen scheinen, wie auch Biesiadecki beobachtet hat, mit den neugebildeten Zellen der Adventitien im Zusammenhange zu stehen.

---

[1]) Untersuchungen aus d. pathol. Institute in Krakau 1872.

[2]) Ebenda pag. 6.

Der Beginn des Processes in der Lederhaut ist somit charakterisirt durch Zellenwucherung von den Blutgefässwänden aus, Starrwerden (Sclerosirung) des sie umgebenden faserigen Bindegewebes, Anschwellung und Auswachsen der Bindegewebszellen und Proliferation ihrer Kerne zwischen den Bündeln. Diese Veränderungen sind die einzigen, welche man an Stelle des späteren indurirten Knotens antrifft. Zuerst tritt die Wucherung, dann Sclerose im obersten Gefässbezirke auf, schreitet dann entlang den Gefässen durch die eigentliche Cutis auf das tiefere Gefässnetz fort und breitet sich endlich von dem perivasculären auf das intervasculäre Bindegewebe, auf das eigentliche Cutisgewebe aus, es tritt eine wirkliche Sclerose der fibrillären Grundmasse der Lederhaut im Bereich des sclerosirten Gefässbezirkes auf. Das Bindegewebe verliert sein lockiges, zartcontourirtes Aussehen, wird derb, gelblich; die einzelnen Fibrillenbündel werden sehr viel dicker, verlaufen gestreckt und nehmen endlich im Fortgange des Processes durch gegenseitigen Druck die Form mehrkantiger, grober Balken an. Diesen Fortschritt der Sclerosirung auf das eigentliche Cutisgewebe nahmen wir wenigstens stets im Centrum unserer mit der zweifellosen Diagnose der syphilitischen Induration excidirten Hautstücke wahr. An den meisten derselben aber und gerade in denjenigen exquisiten Fällen, welche auf dem Durchschnitt des excidirten Stückes schon makroskopisch den rundlichen, knorpelharten Knoten aus dem umgebenden normalen Bindegewebe deutlich hervortreten liessen, reichte die Sclerose der Cutisfibrillen en masse genau so weit wie der scharf abgesetzte indurirte Knoten. Die sclerotischen Gefässe der Nachbarschaft, welche in den indurirten Knoten sich fortsetzten, verwischen durchaus nicht diese scharfe Grenze der sclerosirten Partie im mikroskopischen Bilde, denn diese Stränge liegen noch in wellig gelocktem, zartem, kurz in normalem Bindegewebe, von welchem sie sich scharf abheben, während sie genau von der Grenze des Knotens an in der allgemeinen Sclerosirung der Cutis sich verlieren. Ebenso wenig verwischen ja aber auch für unser Tastorgan die sclerosirten Gefässe der Nachbarschaft die scharfe Grenze einer exquisiten Sclerose. Der Grund ist klar. Indem wir zufühlen, verschieben wir dieselben gegen ihre Umgebung; soweit sie in weichem Bindegewebe von normaler Nachgiebigkeit

liegen, entgehen dieselben unserer Wahrnehmung; erst dort, wo sich zwischen sie ein starres unverschiebliches Zwischengewebe einschiebt, gelangt auch die Sclerosirung des tiefen Gefässnetzes zur Kenntniss unseres Tastsinnes. So weit die Sclerosirung der gefässarmen mittleren Partie des Cutisgewebes sich nach den Seiten hin ausdehnt, erscheint das obere und tiefere Gefässnetz in eine einzige unverschiebliche derbe Masse verschmolzen und genau so weit reicht für den tastenden Finger der knorpelharte Knoten.

Ziehen wir nun die Analogie des mikroskopischen Bildes mit den Wahrnehmungen unseres Tastsinnes an der Sclerose in situ in Betracht, so ergibt sich uns die bekannte Thatsache, dass erst einige Zeit nach der Infection Spuren einer Verhärtung auftreten, die sich nach und nach zu einem scharf abgegrenzten Indurationsknoten gestalten. In der Incubationszeit hat sich eben in aller Stille über einen Hautbezirk von dem Umfange der späteren Sclerose allmälich die Wucherung und Sclerose der kleineren und grösseren Gefässe verbreitet, dann ist die Sclerose auf das zwischenliegende Bindegewebe übergegangen, und wenn sie den nöthigen Grad der Unverschieblichkeit herbeigeführt hatte, ist ein Knoten von beträchtlicher Ausdehnung in die Tiefe und Breite zum Vorschein gekommen.

Eine volle Bestätigung von der höchsten Wichtigkeit ferner erhält unsere Behauptung, dass das Wesen der tastbaren Härte in einer eigenthümlichen Hypertrophie des fertigen fibrillären Bindegewebes liege, welche wir eben ihrer fundamentalen Bedeutung wegen für den Process der Sclerose, kurzweg als Sclerose bezeichneten, durch den Mangel dieser Veränderung beim weichen Schanker. Das Moment, welches den harten vom weichen Schanker unterscheidet, war für die Histologen bisher dunkel. Biesiadecki (a. a. O.) hatte die Wucherung der Gefässwände in den Vordergrund gestellt. Andere Autoren auf diesem Gebiete (Kaposi, Caspary) weisen aber mit Recht darauf hin, dass diese Wucherung der Gefässwände sowohl beim weichen als beim harten Schanker vorkomme. Hierdurch lässt sich also höchstens der allmäliche Uebergang von einem zum anderen, niemals die klinisch so frappante Verschiedenheit beider begreifen. Nun finden auch wir in der That dieselbe Wucherung der Gefässwände beim weichen Schanker, welche wir oben von der Sclerose genauer beschrieben.

Aber von einer Sclerose des perivasculären Bindegewebes finden wir nur hie und da Spuren und das von den Gefässen entfernter liegende Bindegewebe ist durchaus normal, lockig, durchsichtig und zart contourirt. Schon hierdurch ist ein mikroskopischer Schnitt durch einen weichen Schanker von demjenigen aus einer Sclerose scharf unterscheidbar. Es ist leicht begreiflich, dass die Anfänge einer Wucherung an den Gefässbündeln durch das weiche, nachgiebige Bindegewebe hindurch nicht zur Wahrnehmung gelangen.

Werfen wir nun noch einen Blick auf den Fortgang der Wucherung der Gefässwände. Auch hier können wir uns ganz allgemein und kurz fassen. Die jungen Granulationszellen dringen von der äusseren Wand der Gefässe aus in das theils noch normale, theils schon sclerosirte Bindegewebe, je nachdem die Cutis an Ort und Stelle lockerer oder derber gebaut ist, entweder mehr in diffuser Weise zwischen die einzelnen Fibrillenbündel oder mehr herdweise zwischen gröbere Bündel von Faserzügen ein. Daraus resultirt bei schwacher Vergrösserung der Schnitte ein mehr gleichmässiges oder mehr grobscheckiges Aussehen. Immer aber können wir den noch lebendigen Protoplasmaresten zwischen den Fibrillenbündeln nur den allergeringsten Antheil an der Vermehrung der Granulationszellen im Bindegewebe zusprechen.

Wenn wir auch mit Biesiadecki, wie oben ausgeführt wurde, eine Vergrösserung und Formveränderung dieser Protoplasmareste in der Umgebung der sclerosirten Gefässe im Bereiche der Sclerose und in ihrer Nachbarschaft gefunden haben, so sind wir doch keineswegs in der Lage, aus den vorliegenden Bildern auf eine Kerntheilung und Zellenproliferation und weiter auf eine Entstehung der Infiltrationszellen des Cutisgewebes aus präexistenten Bindegewebszellen zu schliessen. Besonders bei der herdweisen Vertheilung der neuen Wucherung der Cutis ist ja ihre Abstammung von den Scheiden der Gefässe evident. Die hier gebildeten jungen Zellen werden bei weiterer Vermehrung zwischen die Faserbündel der Cutis vorgeschoben, vermehren sich hier selbstständig und schicken wieder junge Zellen vor. So wird das Bindegewebe im selben Masse als es die beschriebene Sclerose eingeht, von jungen Granulationszellen durchsetzt. Welcher Antheil den Wanderzellen an dieser Durchsetzung mit jungen Zellen zufal-

len mag, lässt sich auf rein histologischem Wege natürlich nicht eruiren.

Wir verkennen nun keineswegs, dass durch das Eindringen und Fortwuchern dieser jungen Zellenmassen innerhalb der schon sclerosirten Partie der Druck, unter dem einzelne Gewebsbestandtheile stehen und damit die Härte der ganzen Neubildung erheblich gesteigert werden könne, aber wir können diesem jugendlichen Gewebe nicht beim Hervorbringen der specifischen Sclerosenhärte eine der Sclerose der Cutisfibrillen ebenbürtige Wichtigkeit zugestehen. Davon warnt uns vor Allem der gänzliche Mangel einer solchen oder nur ähnlichen Härte bei allen sonstigen Granulationsgeschwülsten, beim Lupus, bei Scrophulose und Tuberculose, bei Lepra, wie dies von Auspitz schon im Jahre 1864 betont worden ist [1]). Auch hier sind Herde junger Zellen und in noch grösserer Menge als bei der Sclerose vorhanden, aber sie sind nicht gleichsam eingeschnürt von anschwellenden Massen alter Bindesubstanz. Ueberhaupt scheint junges saftreiches Gewebe allein nie im Stande, eine tastbare Härte hervorzurufen [2]).

Wir haben die beiden verschiedenen Processe, der Zellenneubildung einerseits, der Sclerose andererseits als im Bindegewebe neben einander herlaufend und sich complicirend, aber im Wesentlichsten unabhängig von einander fortschreitend dargestellt. Zu dieser Ansicht gelangten wir an der Hand der sehr verschiedenen indurirten Schanker, welche uns zur Untersuchung vorlagen. Alle zeigten beide Processe in Wirksamkeit, aber in quantitativ verschiedenem Verhältniss zu einander stehend, so dass man je nach dem Hervortreten der fibrillären Sclerose oder der Granulationswucherung von einer hypertrophischen und einer hyperplastischen Form der Neubildung reden könnte.

Auf dem Standpunkte, bis zu welchem wir die Vorgänge in

---

[1]) Die Zelleninfiltrationen der Lederhaut bei Lupus, Syphilis und Scrophulose. Jahrb. d. Gesellsch. d. Aerzte 1864.

[2]) Auch Ranvier und Cornil (Manuel d'Histologie path., Paris 1869) weisen diese Rolle nicht der Granulation zu, sondern einer „amorphen oder faserigen resistenten Grundsubstanz," in welche die Granulationszellen eingebettet liegen.

der Lederhaut verfolgt haben, verharrt dieselbe nun einige Zeit. Die Veränderungen, welche indessen in der Sclerose auftreten, werden wesentlich durch das Verhältniss der Epidermis zur Lederhaut bedingt.

Die Vorgänge in der Epidermis sind theils so eigenthümlicher Art, theils bietet der äussere Habitus dieser Veränderungen in den einzelnen Fällen solche individuelle Verschiedenheiten, dass wir die Schilderung der weiteren Entwicklung des Processes in der Lederhaut vorläufig nicht bis zum Endstadium fortführen, sondern zur Darstellung der Vorgänge in der Oberhaut übergehen müssen, indem wir hierbei an die Stelle der bisherigen zusammenfassenden Schilderung eine aus den Protokollen der histologischen Untersuchung der einzelnen Fälle geschöpfte, also mehr casuistische Berichterstattung treten lassen wollen.

Vorgänge in der Epidermis.

Von diesen ist in den bisherigen Beschreibungen der Sclerose wenig die Rede gewesen und doch sind die Veränderungen der Epidermis hierbei so wesentlich, dass die histologische Diagnose der Initial-Sclerose von jenen Vorgängen in der Epidermis direct abhängig erscheint.

Die erste Veränderung der Epidermis ist folgende: Die Epithelzapfen, welche senkrecht oberhalb der ersten sclerotischen Gefässstränge sich befinden, gerathen in Wucherung, werden dicker und länger, drücken die zwischen ihnen befindlichen Papillen zusammen und schieben sich dann als unregelmässig geformte Epithelstränge und -Kolben in die Tiefe gegen das sclerotische und infiltrirte Bindegewebe vor. Dieses Stadium der Epithelwucherung ohne weitere Veränderung repräsentirt am besten der Fall 28.

Vor der Zerlegung in Schnitte zeigte sich (Taf. II. Fig. 1) das excidirte, gleich nach der Excision in Ueberosmiumsäure gehärtete Stück ziemlich flach, nur der Rand im Verhältniss zur Mitte besonders an der einen Seite wallartig erhaben. Der sclerotische Knoten im Bindegewebe ist noch schwach abgegrenzt. Die Oberfläche trägt über dem schwach vertieften Centrum ein kleines Epidermisschüppchen.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt, dass sowohl der Rand als die Mitte der Verticalschnitte (Taf. II. Fig. 2) vergrösserte

Epithelzapfen tragen. Der oben erwähnten wallartigen Erhebung der Oberfläche an einer Seite entsprechend findet sich hier eine besonders stark gewucherte Gruppe von Epithelzapfen seitlich auf jedem Schnitte. Die mittleren Zapfen sind ausser in die Tiefe auch stark nach den Seiten gewachsen und dadurch zum Theil mit Verdrängung der Papillen zu einem breiten Epithellager verschmolzen. Das Epithel selbst zeigt starke Durchsetzung der Cylinderzellenlage mit jungen Epithelien, deren Kerne durch gegenseitigen Druck abgeplattet sind, die Stachelzellenlage mächtig verbreitert, die einzelnen Stachelzellen, besonders der oberen Lagen zum Theil über das gewöhnliche Mass vergrössert, die Kerne oft mit doppelten Kernkörperchen versehen. Durch die neuesten Untersuchungen (Flemming, Arndt) aufmerksam gemacht, erkennt man bei Immersionsvergrösserung in manchen Kernen auch ein deutliches Reticulum von starkem Lichtbrechungsvermögen. Endlich zeigen die Kerne hie und da halbmondförmige Schrumpfung. Wir werden auf diesen Befund in der Epidermis bei Fall 21, welchem auch die Zeichnung Fig. 10 auf Taf. IV entlehnt ist, zurückkommen und wollen hier nur weiter bezüglich des letzten Punktes hervorheben, dass diese Art der Schrumpfung bekanntlich eine sehr häufige ist und im Allgemeinen als Kunstprodukt (durch Härtung) bezeichnet werden muss. Da sie aber an normaler Epidermis unseres Wissens durch Härtung in Ueberosmiumsäure nicht zu Stande kommt, so muss dieser hier auf allen Schnitten regelmässig wiederkehrende Befund notirt werden. Nur wenige Schnitte tragen die Zeichen eines weiteren Fortschrittes, indem die Epithelien der mittleren Zapfen gegen die Cutis hin weniger gut abgegrenzt erscheinen, als bei normaler und einfach hypertrophischer Epidermis. Auch die Cutis ist noch schwach infiltrirt. Nur in der Mitte besteht ein grösserer Infiltrationsherd; dadurch aber, dass die jungen Granulationszellen hier den jungen Epithelien in nächster Nachbarschaft sehr ähnlich sind, verwischt sich die scharfe Grenze zwischen beiden, die jedoch bei genügender Feinheit und Vergrösserung des Schnittes stets leicht nachzuweisen ist.

Dieselbe Wucherung der Epidermis, welche in diesem Falle über die ganze Fläche des Schankers sich ausbreitet, finden wir bei allen weiter vorgeschrittenen Sclerosen noch an deren Rand-

partie bestehen bleiben. Die letztere wird stets und ohne alle Ausnahme von Epithelzapfen bedeckt, welche je mehr nach der Mitte der Sclerose zu, um so mehr gewuchert erscheinen. Die letzte Gruppe derselben, welche die Randpartie der Epidermis von der mittleren über dem Centrum der Sclerose befindlichen stets scharf abgrenzt, werden wir der Kürze halber den „Grenzzapfen“ nennen. Während in der Mitte der Sclerose die Wucherung der Epidermis bald an der Cutis ein starkes Hinderniss findet, wachsen die Zapfen der Randpartie unbehindert weiter, und besonders der Grenzzapfen nimmt dabei oft wunderliche und groteske Formen an. So zeigt ihn z. B. der Fall 25 handförmig gestaltet mit dünnen, fingerähnlich gelappten Auswüchsen.

Die nächsten Veränderungen der wuchernden Epidermis im Centrum der Sclerose zeigt besonders schön der Fall 27. Er hat noch deshalb ein besonderes Interesse, weil hier durch gute Alkoholhärtung auch alle Hornschichten der Epidermis mit erhalten wurden und er daher die Veränderungen der Epidermis in allen ihren Schichten studiren lässt.

Am excidirten Hautstücke (Taf. II. Fig. 1) repräsentirt sich der Knoten als flache, mässig dicke Schicht, die Randpartie ist nicht erhaben, sondern wird sogar von einer dem Centrum aufsitzenden Schuppe überragt. Verfolgt man die Veränderungen der Epidermis unter dem Mikroskop, successive von den Schnitten durch die Randpartie zu denen durch das Centrum übergehend, so gewahrt man auf den periphersten derselben nur die eben beschriebene Wucherung, welche nach der Mitte des Schnittes zu am stärksten ausfällt. Dann folgen Schnitte (Taf. II. Fig. 3), auf denen die mittleren Zapfen plötzlich wieder auf eigenthümliche Weise verschmächtigt erscheinen. Hier ist nämlich die Wucherung des adventitiellen Bindegewebes um das obere, subepitheliale Gefässnetz so mächtig geworden (*a*), dass nun das Bindegewebe seinerseits den Andrang des benachbarten Epithels überwindet. Zwischen den vorher gewucherten Zapfen breitet sich dasselbe in Form dickkolbiger oder vielfach verzweigter Papillen von Neuem aus; die vorher nach unten convexen Linien der Epithelzapfen verwandeln sich in concave, diese selbst in schlanke Säulen (*b*), welche sich oberhalb des Bindegewebes zur Bildung einer normal verhornenden Stachelzellenschicht vermittelst regelmässiger Bogenstücke arkadenartig ver-

binden. An den mittelsten Schichten endlich (Taf. III. Fig. 4) schwinden hier und dort auch die Epithelsäulen dahin, die Reste (*d*) derselben, einige Bogenstücke, zeigen aber ihre einstige Vertheilung über der ganzen Mitte der Sclerose deutlich an.

An diesen selben Schnitten erhält man nun auch eine Aufklärung über die Zusammensetzung der Epidermisschuppe, welche das Centrum der Sclerose überlagert. Verfolgen wir den unteren Contour der Hornschicht vom Rande nach der Mitte zu, so vertieft derselbe sich über der letzteren eben so sehr, wie der obere Contour sich darüber erhebt. Die Hornschicht hat sich mithin hier mächtig verdickt, ruht zur Hälfte in einer Aushöhlung der Stachelzellenschicht und weiterhin der Cutis. Woher rührt diese Dickenzunahme? Nicht von einer Vermehrung der Hornzellen, sondern von einer f r e m d e n E i n l a g e r u n g in die Hornschicht der Epidermis. Diese Einlagerung ist zelliger Natur und eine Kernfärbung vermittelst Hämatoxylin gibt daher den besten Aufschluss über ihre Massenhaftigkeit und Vertheilung. Da zerfällt dann die Hornschicht sogleich in zwei, übrigens nicht scharf geschiedene Abschnitte, einen unteren (*b*), welcher dem Stratum lucidum entspricht und theils in Herden, theils diffus von massenhafter zelliger Einlagerung durchsetzt ist und einen oberen (*a*), in welchem die Einlagerung fehlt, welcher also nur aus alten, an der Peripherie der Schuppe abbröckelnden Hornlagen besteht. Durch die vielen gefärbten Kerne hebt sich die untere Schicht als dunkles Band von der oberen scharf ab, ebenso aber auch von den darunter folgenden Zellenlagen (*c*), welche in der Fortsetzung der normalen Stachelzellenschicht liegen. So finden wir schon bei schwacher Lupenvergrösserung an jedem Schnitte der Sclerose den mittleren Theil von drei verschieden intensiv gefärbten Schichten überlagert, welche alle drei zusammen in der directen Fortsetzung der normalen Epidermis der Randpartie liegen, von einer oberen hellen, mittleren dunkleren und unteren wieder helleren Lage. Woraus besteht nun diese untere helle Lage? Doch keinenfalls aus unverändertem Epithel, da, wie wir gesehen haben, die Epithelzapfen ja schon in mehr peripherischen Theilen der Sclerose dem allmäligen Schwunde anheimfallen. Die nähere Betrachtung, besonders des Grenzzapfens und der anstossenden Partien der Mitte ergibt nun, dass wir hier beides: Epithel und junges Granulationsgewebe vor uns haben und zwar in inniger

Durchsetzung. Die Epithelzapfen schwinden, indem sie sich in ein Reticulum oder Fachwerk für die andringenden jungen Bindegewebszellen umwandeln, sie geben das Zwischengewebe, die Scheidewände des resultirenden Fachwerkes her. Die einzelnen Epithelzellen werden einfach comprimirt. Indem zuerst die Cylinderzellen, dann die darüberlagernden Stachelzellen auseinanderweichen und die jungen Granulationszellen ziemlich gerade nach oben vordringen, stellen sich die Scheidewände in diesem Theile der Epidermis auch meist vertical. Anders in der mittleren dunkleren Schicht (*b*), welche ungefähr dem Stratum lucidum an normaler Epidermis entspricht. Hier ist schon normal die Schichtung eine horizontale und demnach ist auch die Ausbreitung der jungen Granulationszellen eine mehr horizontale.

Man kann an feinen Schnitten verfolgen, wie die einzelnen Bindegewebszellen, sobald sie aus der Stachelschicht zwischen die festeren, basalen Hornzellen gelangen, in rascher Vermehrung zu vielen kleineren Zellen zerfallen. In diesen färben sich natürlich auch die Kerne dunkler; ausserdem ist das Fachwerk, in dem sie liegen, von vornherein stärker lichtbrechend, weniger durchsichtig; es ist weiter härter, lässt sich weniger leicht comprimiren als das Protoplasma der Stachelzellen, erhält durch die Compression hingegen ein stachliges, rauhes, zuweilen glitzerndes Ansehen, wie auch sonst Hornschichten durch einfache Compression anzunehmen pflegen. Alle diese Umstände: die Derbheit des Fachwerkes, die gruppenweise Anordnung der stärker tingirten Infiltrationszellen verleihen der unteren Hornschicht im Ganzen das dunklere Aussehen. Aber auch auf sehr feinen Schnitten, wo dasselbe sich weniger geltend macht, sind infiltrirte Stachelschicht und infiltrirte Hornschicht vor Allem durch die hier horizontale, dort verticale Schichtung des Fachwerkes, dann durch die Grösse der Infiltrationszellen leicht zu unterscheiden. Denselben Process der Durchsetzung des Epithels durch junge Bindegewebszellen, welcher in der mittleren Partie bis zu diesem Grade gediehen ist, sieht man an dem Grenzzapfen und noch an vielen der folgenden Epithelzapfen in seinen Anfängen, indem zwischen den Cylinderzellen einzelne Granulationszellen aufsteigen und zwar um so mehr, eine je stärkere Infiltration der Cutis die Epithelzapfen umgibt. Diese Zellen werden mit den Stachelzellen

in die Höhe geschoben ohne die mindeste Beeinträchtigung der letzteren. Während dessen proliferiren einige Bindewebszellen und bilden so, umgeben von normalen Stachelzellen, Nester ganz kleiner Zellen, welche ausser dem Kerne nur sehr wenig Protoplasma besitzen. Und so enthält die übrigens normale Hornschicht, welche die Grenzzapfen bedeckt, hier und da Reihen fremder Kerne eingesprengt.

Der hier geschilderte Process der Einwanderung von Granulationszellen in hypertrophische Epidermis, welcher bei der Sclerose bisher nicht beobachtet wurde, ist von Vajda[1]) neuerdings für die breiten Condylome beschrieben worden. Vajda lässt nun freilich die Zellennester und Kernreihen, welche die Epithelzellen hier umrahmen, wenn wir die etwas dunkle Stelle richtig interpretiren, aus einer Wucherung der Epithelien selbst hervorgehen und setzt sie in Verbindung mit der hinreichend gut constatirten Vermehrung der Kernkörperchen und Kerne. Wir haben diesem Punkte unsere sorgfältigste Aufmerksamkeit zugewandt, müssen aber sowohl für die breiten Condylome als für unseren Fall der initialen Sclerose schliesslich mit Bestimmtheit behaupten, dass wir einen Uebergang von einfacher Vermehrung der Kerne innerhalb der Zellen zu solchen Zellen- und Kernnestern zwischen denselben nicht constatiren können, dagegen in der Nachbarschaft der letzteren stets eine Einwanderung von einzelnen Granulationszellen, meist von den Papillenspitzen und Papillenvorsprüngen ausgehend, bemerken, auf deren Vermehrung innerhalb der Stachelschicht wir als nächstliegende Ursache zurückgreifen müssen. Die Schwierigkeit, welche allerdings lange eine positive Entscheidung unmöglich machte, ist die, dass auch im Epithel zugleich ausser der Vermehrung der Kernkörperchen ein häufiges, sichelförmiges Schrumpfen des Kernes vorkommt. Wir haben oben (Fall 28) nachgewiesen, dass dasselbe abnormer Weise auch nach Osmiumhärtung hier erscheint und müssen entweder das leichte Eintreten dieses Kunstprodukts als eine Eigenthümlichkeit der hier vorkommenden epidermoidalen Hypertrophie hinstellen, oder das Schrumpfen für einen pathologischen Vor-

[1]) Beiträge zur Anatomie der syphilitischen Papeln der Geschlechtstheile. Wiener med. Jahrb. 1875. S. 309 ff.

gang erklären, der mit der Präparation nichts zu thun hat. Dieses Schrumpfen findet nun in grösserer Häufigkeit an denselben Orten statt, wo auch die Einwanderung von den Infiltrationsheerden der Cutis aus am stärksten ist, und die geschrumpften Kerne färben sich bekanntlich dunkler, gerade so wie die kleinen meist eckigen Kerne der eingewanderten Zellen. Da lag allerdings zuerst die Vermuthung nahe, die Kerne in der Umgebung der Zellen möchten von den sehr ähnlichen Epithelkernen abstammen. Aber während wir solche Uebergänge vergeblich suchten, wurde uns das nur zufällige Zusammentreffen der ähnlichen Kerngebilde zur Gewissheit.

Da wir das Resultat der Durchdringung bindegeweblicher und epithelialer Elemente, wie wir sie eben schilderten, als ein epitheliales Fachwerk mit bindegeweblichem Inhalte definirt haben, und dieses unwillkürlich an das von Auspitz und Basch zuerst beschriebene epitheliale Maschenwerk der Pockenpustel mit ihrem eiterzelligen Inhalte erinnert, so erscheint es nicht ohne Interesse und Werth, die bedeutenden Differenzen beider zu betonen. Der Grundunterschied beider Processe liegt in dem Alter der in Betracht kommenden Zellen. Bei der Pocke kommt das Maschenwerk durch Nekrose einzelner Zellpartien zu Stande, zwischen denen andere, derbere Partien erhalten bleiben und durch den Druck der in die Epidermis austretenden Flüssigkeit zu Balken und Strängen comprimirt werden. An Stelle der nekrotischen Partien treten später auch Eiterzellen aus dem Bindegewebe und erfüllen so ein vorgebildetes Maschenwerk. Anders hier, wo junge Bindegewebselemente in Epithel, allem Anscheine nach unter grossem Drucke, eindringen und die Hohlraüme, welche sie herstellen, stets vollständig mit ihrem Zellenleibe erfüllen. Hier entsteht also ein Maschenwerk erst dann, wenn annähernd zwischen je zwei epithelialen Elementen ein bindegewebiges Platz genommen hat. Daher ist auch das Aussehen des entstehenden Fachwerkes ein ganz besonderes, dem feinen Netzwerk einer ausgepinselten Lymphdrüse eben so wenig als dem groben, ungleichmässigen Balkenwerk der Pockenpustel, am ehesten noch dem Baue einer Bienenwabe vergleichbar.

Diese Darstellung der Vorgänge, welche an der Oberfläche der Sclerose vor sich gehen, wenn auch nach den bisherigen Be-

schreibungen derselben neu, fällt damit noch nicht ausserhalb des Rahmens bekannter pathologischer Bilder. Aber das Studium weiterer Sclerosen machte uns mit dem sehr häufigen, ja wahrscheinlich bei älteren Sclerosen constanten Vorkommen von Epithelmassen in bedeutender Tiefe unterhalb der normalen Grenze der Epidermis bekannt. Auch diesen Befund als eine nothwendige Folge des geschilderten Andranges junger Bindegewebselemente gegen die gewucherten Epithelzapfen zu begreifen, werden die folgenden Fälle von Sclerosen dienen.

Fall 24. Die excidirte Sclerose (Tafel II. Fig. 1) zeigt einen exquisit harten, gut abgesetzten, ca. erbsengrossen Knoten, dessen unebene höckerige Oberfläche in der Mitte etwas vertieft, am Rande wallartig erhaben ist. Die mikroskopischen Schnitte durch den Randtheil zeigen schon ein vom vorigen Falle (27) etwas abweichendes Bild. Wir finden wieder die allgemeine und in der Mitte am stärksten ausgesprochene Vergrösserung der Epithelzapfen. Die Infiltration der Cutis ist jedoch viel stärker als an den peripheren Schnitten des vorigen Falles und einige der mittleren Zapfen zeigen nicht nur jene secundäre Verschmälerung und Verkürzung, sondern eine auffallende Defiguration, ähnlich der fingerförmig gelappten Gestalt des Grenzzapfens, von dem oben die Rede war. Aber hier endigen die Lappen und Auswüchse nicht stumpf und mit glattem Rande, sondern wie zerfasert strahlen sie mitten in die dichteste Infiltration aus (Tafel III. Fig. 4 und 5).

Untersucht man die scheinbaren Enden derselben, so gewahrt man, dass sich an sie noch weithin sichtbare andere Epithelien anschliessen. Diese letzteren werden dabei auf's äusserste comprimirt, nehmen eine hell- bis dunkelgelbe Farbe und einen starken Glanz an. Die Contouren der einzelnen Zellen behalten noch lange die ihnen eigenthümliche Stachelung bei und unterscheiden sich durch alle diese Kriterien sehr deutlich von den benachbarten Granulationszellen. Solche epitheliale Ausläufer von verschiedenen deformirten Epithelzapfen verbinden sich unter einander und stellen so unterhalb des Niveaus der übrigen Epithelzapfen ein epitheliales Lager dar; von demselben strahlen dann wieder feinere Epithelstränge nach allen Seiten aus. Stets ist es durch die Richtung dieser Stränge klar, dass sie dem Drucke kolbenförmig andringender Granulationszellenhaufen ausgewichen sind und von mehreren

Seiten getroffen, gelangen sie durch denselben Druck in immer grössere Tiefen. Untersuchen wir weiter die Schnitte, welche näher dem Centrum der Sclerose genommen sind, so finden wir in exquisiter Weise die Infiltration der Cutis, die Sclerose des oberen und unteren Gefässnetzes, verbunden durch die Sclerose der mittleren Cutispartie. Die den Knoten überlagernde Epidermis zeigt die Auflockerung zu einem Fachwerke, die elementare Zerwerfung durch Eindringen junger Granulationszellen. Ausserdem aber weist sie noch dieselbe Defiguration und Verdrängung im Grossen auf, welche wir schon an den Randschnitten von den unveränderten Epithelzapfen beschrieben. Dieses epitheliale Fachwerk entsendet ebenfalls grobe Züge comprimirten Epithels in die Tiefe; 3—4 Mm. unter der Oberfläche finden wir noch formlose, dunkelgelbe, glänzende Epithelhaufen (Taf. III. Fig. 6*b*, Fig. 7*c*) in der sclerosirten Cutis liegen, zum Theile noch durch einen schmalen Hals mit der Oberfläche verbunden, oder vereinzelte kleinere Haufen deuten den Weg an, auf dem sie in die Tiefe gelangten [1]). Diese Thatsache ist auffällig genug. Von den normalen Epithelzapfen ist es immerhin verständlich, wie sie in die Tiefe gedrängt werden konnten, da ein Theil des wuchernden Bindegewebes, nämlich die Köpfe der Papillen, wenigstens noch oberflächlicher lagen. Aber wie sollen Theile des epithelialen Fachwerkes in die Tiefe gelangen, da dasselbe als eine gleichmässig dicke Scheibe auf dem andrängenden Bindegewebe ruht? Die Erklärung hierfür geben die mittelsten Schnitte, deren einem eben die Fig. 7 entnommen ist. Hier hat an einer Stelle von etwas über $^1/_2$ Mm. Breite und einer benachbarten, etwas kleineren ein Haufen von Granulationszellen sich den Weg durch die gelockerte Epidermis gebahnt (*b*) und, über dem Stratum lucidum angekommen, sich nach allen Seiten hin innerhalb der Hornschicht ergossen. Mehrere Schnitte durch diese Partie lassen deutlich erkennen, dass von hier aus zuerst die benachbarten Theile der Epidermis nach der Tiefe zu gedrängt wurden. Dem ausweichenden Charakter ihrer Bewegung entspricht es, dass viele Epithelhaufen an der äussersten Peripherie des sclerosirten Knotens vertheilt gefunden werden.

---

[1]) Für die Demonstration dieser erratischen Epithelblöcke empfehlen wir die einfache Eosinfärbung, der man eventuell eine Kernfärbung mit

Am nächsten schliesst sich hier der Fall 22 an. Makroskopisch nimmt man am excidirten Hautstücke (Tafel II. Fig. 1) einen exquisit sclerotischen, scharf von der Umgebung abgesetzten Knoten wahr, der in der Mitte eine etwas erhabene Epidermisschuppe trägt. Auf dem Durchschnitte heben sich gelbliche, netzartig verbundene Züge ab, welche den ganzen Knoten durchsetzen (ähnlich dem Durchschnitte eines reticulirten Krebses). Das Mikroskop zeigt alle schon bekannten Veränderungen in höchst charakteristischer Ausbildung. Die bedeutende Infiltration und Sclerose des Bindegewebes umfasst die Cutis bis zum unteren Gefässnetz vollständig. Die Epithelzapfen sind vom Rande nach der Mitte zu immer stärker hypertrophisch; den Grenzzapfen repräsentirt hier jederseits eine ganze Gruppe von handförmig gelappten Zapfen. Die mittlere Partie der Oberfläche erscheint auch an Schnitten, welche näher dem Rande der Sclerose geführt wurden, weniger weit verändert als an den Schnitten durch das Centrum. An jenen finden wir die Epithelzapfen zu schlanken Säulen verjüngt, die sich mit ihrem Fussende im Infiltrate der Cutis verlieren, während sie sich oben in schönster Regelmässigkeit verbinden. An Schnitten weiter nach der Mitte sind auch die Epithelsäulen bis auf ihre Capitäle und die verbindenden Bogenstücke geschwunden und endlich an den mittelsten Schnitten (Tafel IV. Fig. 8) ist auch der letzte Rest der früheren Stachelschicht in dem beschriebenen Fachwerke aufgegangen. Von diesem aus durchziehen breite Stränge netzförmig sich verbindend den ganzen Knoten. Sie müssen gerade in diesem Falle einem enormen Drucke ausgesetzt gewesen sein. Dafür spricht einmal die kugelrunde Form der Granulationsherde, welche zwischen den äusserst comprimirten Epithelsträngen ein-eingeschlossen sind und weiter die auffallende Kleinheit der stark wuchernden Bindegewebszellen selbst, welche allein den Inhalt dieser Herde ausmachen.

Mit dem vorigen Falle verglichen, zeigt uns dieser noch einen Fortschritt desselben Processes in der auf's äusserste fortgeschrittenen Sclerose des Bindegewebes und in seiner dichten Infiltration mit Granulationszellen, durch deren Andrang die hyper-

---

Hämatoxylin vorausschicken kann. Die Epithelblöcke in der Tiefe stechen dabei dunkel-gelbroth und glänzend von dem mattroth gefärbten Bindegewebe ab.

trophische Epidermis vollständig zerworfen ist und nun ihrerseits die Herde wuchernder Bindegewebszellen wie mit hornigen Klammern umgreift.

Die Bilder, welche wir auf diese Weise erhalten, zeigen ein wirklich areoläres Gefüge und die meist kreisrunden Areoli, von epitheloiden Zellen- und Balkenzügen umgeben, mit wuchernden kleinen Granulationszellen erfüllt, lassen eine gewisse Aehnlichkeit mit jenen Gebilden zu, welche wir bei Epitheliomen wahrnehmen und welche als atypische Epithelwucherungen bezeichnet werden. Wir werden am Schlusse dieser Abhandlung auf die Unterschiede zwischen den verglichenen Objecten noch zu sprechen kommen. Es ist aber noch auf eine Thatsache hinzuweisen, welche wir hier gleichfalls bloss registriren, nämlich darauf, dass bei allen von uns untersuchten Sclerosen ein Befund vollständig fehlte, welchem man sonst bei Granulationsprocessen der Haut, insbesondere beim Lupus öfter zu begegnen pflegt: den riesenzellen-haltigen Knötchen nämlich. Trotz dem alveolaren Baue auf der Höhe der Entwicklung stehender Sclerosen lassen doch weder die Epithelzüge, welche die Areoli begrenzen, eine Vergleichung mit den bekannten epitheloiden Zellenbildungen, welche den Hauptbestandtheil z. B. der Lupusknötchen bilden, zu, noch finden sich im Innern der Areoli der Sclerose grössere vielkernige Massen, sondern nur gewucherte, kleine aber deutlich charakterisirte Granulationszellen.

Nicht eine so hohe Ausbildung des sclerotischen Processes, aber ein in anderer Beziehung eigenthümliches Bild gewährt der Fall 21. Makroskopisch hat der Knoten (Taf. II. Fig. 1) die gewöhnliche Tiefe bis in die Gegend des tiefliegenden Gefässnetzes. Die Oberfläche ist am Rande wallartig erhaben, besitzt aber in der Mitte eine plötzlich und steil abfallende, ca. 1 Mm. tiefe Rinne, welche an einem Ende breit, am anderen spitz endigt und nicht vollständig von einer trockenen Epidermisschuppe ausgefüllt wird. An Schnitten, welche durch das breite Ende derselben geführt sind (Tafel IV. Fig. 9), zeigt sich die Infiltration der Cutis bis zu dem Grade gediehen, wie ihn die vorigen Fälle im Bereiche der ganzen Sclerose aufwiesen. Auch die mittlere Cutisschicht ist dicht infiltrirt und sclerosirt und so die vollständige Verschmelzung des oberen und unteren Herdes hergestellt. Die jene Rinne

bekleidenden Epithelzapfen sind gänzlich zerklüftet und schicken Epithelstränge bis in die unterste Cutisschicht. Einen ganz besonderen Anblick aber bietet die in der Rinne lagernde Epidermisschuppe (*a*), welche offenbar aus der zu den zerklüfteten Epithelzapfen gehörenden Hornschicht besteht. Dieselbe ist durch den beiderseitigen Druck der Sclerose zu einem festen, homogenen Epidermiskeil zusammengepresst und schickt von der Tiefe des Spaltes aus dichte, hornige Massen in die Sclerose hinein. Einzelne Haufen von Granulationszellen sind in ihn eingedrungen und stechen durch ihre Kernfärbung von der breiten, ungefärbten Hornmasse ab. Nun ist aber wohl zu bemerken, dass in diesem Falle der Sclerose ein charakteristischer weicher Schanker vorausging, dessen Ränder allmälich indurirten. Man muss also wohl annehmen, dass die beschriebene Rinne entstand, indem die indurirenden Ränder sich näherten und dass erstere durch eine neue, mächtige Epithelwucherung mit Hornschicht erfüllt wurde. Durch diese tiefe Einlagerung der Hornschicht wurden nun aber auch von ihr in unserem Falle Theile in das sclerotische Cutisgewebe hinabgedrängt. Auffallend deutlich tritt überdies an jener Partie der Epidermis, welche die Rinne auf der der gewucherten Schuppe (*a*) gegenüberliegenden Seite (*b*) begrenzt und sich über der infiltrirten Cutis erhalten hat, die mächtige Wucherung der Epithelzellen hervor, welche die verschiedensten Abstufungen von der grossen kugelartigen Blase bis zur Biscuitform zeigen, mit grossen, oft mehrere Kernkörperchen enthaltenden Kernen versehen sind und zwischen sich grosse und kleine, theilweise geschrumpfte, von unten her eingedrungene Granulationszellen zeigen (Tafel IV. Fig. 10). Es wurde schon oben (pag. 170) auf diesen Befund hingewiesen.

Wir haben bisher die Befunde von Sclerosen gegeben, welche mit Bestimmtheit das Beginnen, Sichentwickeln und die Acme des Processes erkennen liessen. Wir gehen nun zu einer letzten Reihe von Präparaten über, welche den Fällen 2, 13, 15, 20, 23, 26, 30, 33 entnommen sind, in welchen allen die Sclerose längere Zeit bestanden hatte und deren mikroskopische Untersuchung in der That Bilder gewährt, welche wir als der Rückbildungsphase der Sclerose angehörig bezeichnen müssen.

Wenn man Schnitte unseres zuletzt besprochenen Falles 21 betrachtet, welche von einer weniger central gelegenen Partie der

Sclerose genommen sind, so bemerkt man, dass die obere Partie der Lederhaut wohl noch stark von Zellen und dem eigenthümlichen epithelialen Maschenwerke durchsetzt ist, dass aber in der tiefer gelegenen Partie die Granulationszellen weniger dicht stehen, dagegen zwischen ihnen spindelförmige, zu Fasern ausgezogene Zellen und lockige Fibrillenbündel auftauchen — kurz faserige Bindegewebszüge, welche nur mehr an einzelnen Stellen jene Starrheit und Derbheit zeigen, wie das gesammte hypertrophische Bindegewebslager des auf der Höhe der Entwicklung stehenden Knotens.

Die Krankengeschichte ergibt, dass in diesem Falle 18 Tage nach der Excision schon Roseola aufgetreten ist, dass also die excidirte Sclerose offenbar als eine ältere bezeichnet werden muss.

Gehen wir nun zur Betrachtung des Falles 26 über. Wir finden hier eine angeblich 5 bis 6 Wochen alte Sclerose, deren Excision das Auftreten von Syphilissymptomen nicht gehindert hat. Der Knoten (Tafel II. Fig. 1) war nicht sehr hart, seine Grenze nicht besonders scharf ausgeprägt, ein eigentlicher Wall nicht vorhanden.

Das Mikroskop zeigt die Hornschicht der Epidermis ziemlich wohl erhalten, über der Mitte von Blutcoagulum durchsetzt; das Rete Malpighi daselbst sammt der Papillarschicht der Lederhaut in der Weise wie dies früher geschildert wurde, zu einem Fachwerk transformirt, doch das Epithelnetz in der Lederhaut nicht besonders deutlich ausgeprägt. Die Granulationszellen in der ganzen Tiefe der Lederhaut bis an das subcutane Bindegewebe noch reichlich; besonders dicht um die Gefässe (Taf. IV. Fig. 11) zwischen solchen Zellenanhäufungen, sie umschliessend und zu Herden abschnürend, kreuzt sich lockiges, welliges Bindegewebe in dichten Zügen von den Seiten und der Tiefe her gegen das Centrum der Sclerose vordringend. Im subcutanen Bindegewebe unter der Erosion und seitlich von derselben bis zur Papillarchicht hinauf ist das Bindegebsfaserwerk mächtiger als in normalem Zustande entwickelt uud nur sparsam sind darin klumpenförmige, starre, von Granulationszellen umgebene und besetzte gelbliche Bindegewebsbalken eingesprengt.

Im Falle 33, wo es sich um eine 5 Wochen alte Sclerose handelte, die auf dem makroskopischen Durchschnitt (Tafel II.

Fig. 1) einen derben, über der Mitte eingesunkenen Knoten darstellt mit schwacher Andeutung eines Walles um die Einsenkung und mit einer graulichen, durch die ganze Tiefe des Knotens reichenden centralen Entfärbung — zeigte das Mikroskop denselben Befund wie im vorigen Falle noch deutlicher ausgeprägt. Unter der centralen Einsenkung der Hornschicht, welche von einer blutig diffundirten Schuppe bedeckt ist, findet sich (Tafel V. Fig. 12) die Malpighi'sche Schicht mit der keine Papillen mehr zeigenden oberen Cutis zu einem dichten epithelialen Balkennetz verwandelt, zwischen dessen Zügen Granulationszellen in ziemlich reichlicher Masse zerstreut sind. Die Kerne der letzteren erscheinen hie und da geschrumpft; ebenso in der tieferen Lage der Cutis bis zum subcutanen Bindegewebe, wo schon dichte Balken strangförmigen Bindegewebes, mit zarten welligen Fasern abwechselnd, die Gefässe und Drüsen einschnüren (*b*). Zu beiden Seiten zeigt sich bis gegen die gesunde Umgebung hin ein ganz ähnliches Bild, so dass die von zartem epithelialem Fachwerk durchzogene zellige Masse aus der Mitte der Schnitte wie von einem mächtigen Bindegewebslager nach drei Seiten hin umschlossen erscheint.

Im Falle 30 war eine seit Wochen bestehende Sclerose excidirt worden. Das excidirte Stück stellte (Tafel II. Fig. 1) auf dem Durchschnitte einen sehr flachen, ziemlich weichen, in der Mitte ein wenig erodirten Knoten dar. Die histologische Untersuchung zeigte dieselben Verhältnisse wie in den letzterwähnten Fällen; nur war das Verhältniss des faserigen Bindegewebes zu dem Zelleninfiltrate ein noch mehr überwiegendes. Das ganze Gesichtsfeld nicht mehr von Herden von Granulationszellen, sondern von gleichmässig vertheilten, spindel- und sternartigen, mit Fortsätzen versehenen, in Fasern auswachsenden Bindegewebszellen erfüllt, deren Kerne vielfach geschrumpft erscheinen. Die Gefässe statt von Granulationszellenmassen, von dichtem faserigem Gewebe eingescheidet, wie dies die Fig. 13, Tafel V andeutet.

In einer Reihe von anderen Fällen endlich (2, 13, 15, 20) zeigte sich das Granulationszellen-Infiltrat vollkommen geschwunden, der ganze Bereich des Knotens stellte ein verfilztes, zartes, hie und da von dicken kolbigen Strängen, welche bisweilen Gefässe einschlossen, durchzogenes, durch diese dichteren Stränge in grössere Felder getheiltes Bindegewebsnetz dar, bedeckt von

einer über dem Centrum flachen, zapfenlosen Epitheliallage, während sich an den Seiten über den von reichlichem faserigem Bindegewebe durchsetzten, oft zu dünnen, fast linearen Strängen zusammengedrückten Papillen die Epidermis erhalten hat und ihre Zapfen zwischen den Papillen sogar wesentlich verdickt erscheinen.

Bei diesen zuletzt angeführten Sclerosen hatte sich an mehreren Stellen oder vollends die Epidermis in toto abgelöst und es bildete die Papillarschicht mit ihren von strangartigem Bindegewebe durchsetzten Papillen die oberste Schicht der mikroskopischen Durchschnitte.

Der Befund in den letztangeführten Fällen entspricht dem eines Narbengewebes, welches an die Stelle des früher vorhandenen Granulationsgewebes der jüngeren Stadien getreten war. Die Papillen hatten sich erhalten, weil sich das Narbengewebe hier nicht, wie sonst bei Ulcerationsprocessen mit Vernarbung, durch einen Zerfall und totalen Ersatz durch neues Gewebe gebildet hatte, sondern ohne wirkliche Ulceration nach und nach an die Stelle der früheren Bindegewebselemente straffere, narbenartige Bindegewebszüge getreten waren, womit der Abschluss der anatomischen Geschichte der Initialsclerose gegeben zu sein scheint.

Wir haben nunmehr noch einen wichtigen Punkt zu erörtern, welcher gerade in dem letzten Stadium des Processes besonders bemerkenswerth hervortritt; — es ist das eigenthümliche Verhalten der Gefässe. An denselben zeigte sich nämlich bei jenen Präparaten, welche Sclerosen von längerem Bestande entnommen waren, allenthalben im erkrankten Bezirke eine Veränderung nicht blos der Adventitia, welche sich ja vom Anfang an durch reichliche Proliferation des Bindegewebes ausgezeichnet hatte, sondern auch aller anderen Schichten der Gefässwand, welche in den ersten Stadien nur schwach angedeutet erschienen war.

Fig. 11 auf Tafel IV, der Sclerose des Falles 26 entnommen, bildet eine Stelle ab, in welcher sich eine querdurchschnittene grosse Vene (*c*) und Arterie (*b*) befinden. An der Vene bemerkt man eine ausnehmende Verdickung der Muscularis, deren Bündel durch runde und spindelförmige Bindegewebszellen auseinandergedrängt sind; die Intima stark verbreitert, streifig, mit eingelagerten Kernhäufchen zwischen den Streifen, insbesondere in der an das En-

dothel grenzenden Partie. Von der Intima aus ragen, dicht aneinander gereiht, innen gegen das Lumen grosse, spindel- oder birnförmige, mit ihren spitzen Ausläufern mit dem Bindegewebe der Intima in Verbindung stehende, mit einem oder mehreren Kernen versehene Endothelzellen und springen zugleich mit der gewucherten Intima in unregelmässiger Weise in das Lumen des Gefässes vor, welches dadurch bedeutend verengert erscheint. An den Arterien findet sich derselbe Befund, nur tritt hier die von vorne herein stärker entwickelte Muscularis in noch höherem Grade als bei den Venen hypertrophirt hervor.

An Präparaten von noch weiter vorgeschrittenen Fällen ist die Unterscheidung der Schichten an den Gefässwänden schon schwieriger geworden; es erscheinen nämlich Muscularis und Intima an manchen Gefässen entweder in eine gleichmässig gestreifte, bindegewebige, keine elastischen Netze zeigende Lamelle verwandelt; an anderen Gefässen haben sie das Aussehen einer trüben, verquollenen, nur leicht gekörnten membranösen Ausbreitung angenommen. Die so umgewandelten Gefässwände sind in unregelmässigen Buckeln ringsum oder nur von einer Seite her in die Gefässlumina hineingewuchert, welche letzteren dadurch bedeutend verengert oder gar obliterirt sind (Tafel V. Fig. 13).

Die Endothelzellen findet man an solchen Gefässen geschrumpft, jedoch durch ihre Wandständigkeit und die noch erkennbaren birnstielartigen in die Intima reichenden Fortsätze von vertrockneten Blutkörperchen, welche häufig im Lumen der Venen angehäuft liegen, unterscheidbar. Die Adventitia in solchen weit vorgeschrittenen Fällen ist gewöhnlich als ein dichtes, faseriges Gewebe mit concentrischer Schichtung der Fasern um das Gefäss an die Stelle der früher offenbar reichlich vorhandenen Zelleninfiltration getreten, in welchem bei grösseren Gefässen die Contouren von Vasa vasorum sichtbar sind.

Die eben angegebenen Veränderungen, welche sowohl an den Venen als Arterien und zwar sowohl an Gefässen in der oberen als in der tieferen Schichte der Lederhaut unter der Erosion; ferner an den Seiten noch eine Strecke weit gegen die normale Umgebung der Sclerose hin zu beobachten sind, stellen jene Form von Endoarteriitis und Endophlebitis dar, welche in den letzten Jahren durch Heubner, Köster, Baumgarten, Friedländer

u. A. bei verschiedenen krankhaften Veränderungen genauer geschildert und vor Kurzem von Friedländer[1]) als Arteriitis obliterans bezeichnet worden ist.

Der krankhafte Vorgang, wie wir ihn hier beobachteten, entspricht einem ziemlich frühen Stadium der Gefässerkrankung; er tritt aber erst in vollkommen entwickelten Sclerosen deutlich zu Tage. Der Grad der Veränderung ist in der Regel kein hoher; vollständige Obliteration von Gefässen grösseren Calibers fanden wir nicht sehr häufig; dagegen ist der Process sehr extensiv, da er an Gefässen vom grössten in der Lederhaut vorkommenden, bis zu dem kleinsten, den Capillargefässen nahekommenden Caliber beobachtet werden kann.

Die Befunde an älteren Sclerosen haben uns somit gelehrt, dass der Process, nachdem er seinen Höhepunkt erreicht hat, in der Weise abläuft, dass die Zelleninfiltration nach und nach einer Neubildung faserigen Bindegewebes Platz macht, welches den Typus normalen, nur dicht angeordneten Bindegewebes trägt und sich daher wesentlich von jenen starren, unnachgiebigen, groben, nicht gewellten Bündeln unterscheidet, welche auf der Höhe der Entwicklung der Sclerosen deren Grundgewebe bildet. Ob das neugebildete lockige Bindegewebe — Narbengewebe — aus den Granulationszellen, oder aus jenen hypertrophischen Balken, oder aus beiden zugleich sich bilde, vermögen wir nicht zu entscheiden. Vielleicht handelt es sich um eine einfache Substitution der zu Grunde gehenden zelligen und balkigen Massen, welche die Sclerose formiren, durch von den Seiten und vom subcutanen Bindegewebe her in die Sclerose hineinwachsende Bindegewebszüge, was nach unseren Präparaten nicht unwahrscheinlich ist. Alle Sclerosen verwandeln sich zum Schlusse in einfache Narben.

Von der Gefässveränderung im letzten Stadium werden wir noch später zu sprechen Gelegenheit haben.

---

[1]) Centralblatt f. d. med. Wissensch. 1876, Nr. 4.

Resultate.

Ueberblicken wir nun die Reihenfolge der aus diesen Fällen gewonnenen anatomischen Thatsachen, so sind dieselben zunächst geeignet, das Verhältniss der Initialsclerose zum weichen Schanker zu beleuchten.

Die bisherigen Beschreibungen beider passen eigentlich nur auf die Histologie des weichen Schankers, obwohl man sie auch für den harten giltig erachtete. Beiden Processen gemeinsam ist in der That die zellige Infiltration, wenn dieselbe auch beim weichen Schanker weniger massenhaft und mehr in einzelnen Anhäufungen vorzukommen pflegt.

Auch der erste Herd der Infiltration ist in beiden Fällen derselbe, es sind die adventitiellen Scheiden der Gefässe. Also ist dieser Theil des Processes überhaupt als gleichartig anzusehen. Von hier aus kommt es aber beim weichen Schanker nur zu einer mässigen Infiltration des ganzen Cutisgewebes, während beim harten Schanker neben der sehr viel dichteren Infiltration noch eine besondere Sclerose, eine Hypertrophie, wie wir es gedeutet haben, des fibrillären Bindegewebes einhergeht. Von dieser Sclerose finden wir beim weichen Schanker nur hie und da einzelne schwache Andeutungen. Die Fibrillenbündel bleiben zwischen den jungen Granulationszellen durchweg wellig gelockt und schon allein aus diesem Grunde ist die Aehnlichkeit der infiltrirten Cutis bei beiden Schankerarten nur eine sehr geringe: hier starre Bindegewebsbalken, dort lockere, vielfach geschwungene Faserbündel.

Das zweite Kriterium ist das Verhalten der Epidermis. Auch hier zeigt der weiche Schanker den Anfang aller jener Veränderungen, welche der Sclerose eigen sind, nämlich um das Ulcus herum eine geringe Hypertrophie der Epithelzapfen, ungefähr des Grades, wie wir sie an der äussersten Peripherie der Sclerose antreffen. Es fehlt aber beim weichen Schanker die enorme Hypertrophie derselben nach der Mitte zu, es fehlt gänzlich die Zerklüftung derselben durch wuchernde Granulationsherde, es fehlen vollständig die so charakteristischen, tief hinabgedrängten Ausläufer der Epidermis, seien sie netzartig verbunden oder in dicken erratischen Blöcken versprengt. Es fehlen demgemäss auch die unter dem Drucke der hornigen Klammern nur um so rascher

proliferirenden Ballen kleinzelligen Inhalts, welche, wenn sie zu gross geworden, das Stratum lucidum an einer Stelle sprengen und sich zwischen die nächst höheren Hornschichten ergiessen. Ja es lastet überhaupt keine Epidermis mehr auf dem weichen Schanker, derselbe ist ein Ulcus im wahren Sinne des Wortes, während der harte Schanker durchaus kein eigentliches Ulcus darstellt, der Name Ulcus durum für ihn ein verfehlter ist; die syphilitische Initialsclerose ist um so ausgeprägter, je mächtiger die Epidermis über ihr entwickelt ist, je weniger sie zu dem Begriffe des Ulcus passt. Statt einer in ihrer unteren Partie infiltrirten Hornschicht, statt einer zu einem Fachwerke aufgeblähten Stachelschicht und den daran sich schliessenden langen Epithelausläufern, finden wir beim weichen Schanker in der Mitte an der Oberfläche eine breite gelbliche Zone des Zerfalles, in welcher alle Zellen der Auflösung, zum Theile der Verfettung anheim fallen, in der von Epithel keine charakteristischen Reste mehr nachzuweisen sind. An diese mittlere Zone des Zerfalles schliessen sich seitlich mässig hypertrophische, meist an der inneren Seite von Zerfall angenagte Epithelzapfen an, welche nie die oft so grotesken Wucherungen eines echten „Grenzzapfens“ darbieten. Selbst wenn die oberen Hornschichten bei der Sclerose (jener gelbliche, meist für Eiter gehaltene Belag derselben) entfernt, abgefallen oder künstlich macerirt sind und ein Granulationshaufen sich in die unteren Hornschichten einen Weg gebahnt hat, also zwischen Hornzellen hier und da ein bindegewebiges Element zu Tage liegt, kann man niemals hier von einem eigentlichen Ulcus wie beim weichen Schanker sprechen und höchstens zugeben, dass bei der Durchsetzung aller Epidermisschichten mit Granulationszellen überhaupt die scharfe Scheidung von Ulcus und Nicht-Ulcus aufhört. Wenn mithin, um Alles zusammenzufassen, die Anfänge beider Schankerarten mikroskopisch kaum zu trennen sind, so treten doch charakteristische gewebliche Verschiedenheiten an der Initialsclerose einerseits, am weichen Schanker andererseits schon früher auf, ehe die klinische Differentialdiagnose mit Sicherheit gestellt werden kann und in klinisch genügender Ausbildung liefern beide Processe scharf gezeichnete und topographisch mit seltener Regelmässigkeit ausgeführte Bilder, die nicht mit einander verwechselt werden können.

Ist nun aber durch diese Hypertrophie des Bindegewebes und der Epidermis eine hinreichende Ursache für die besondere Härte gegeben, welche dem harten Schanker kurzweg den Namen der Sclerose eingetragen hat? Sehen wir zuerst, auf welche Weise frühere Forscher dieselbe zu erklären versuchten. Dass die junge Zelleninfiltration in der Lederhaut an sich nicht die Ursache dieser Härte sei, wurde schon früher erörtert. Eine Veränderung des Grundgewebes der Lederhaut im Bereiche der Infiltration wurde wohl schon von den frühesten Forschern supponirt, aber durch die Annahme einer dem Processe eigenthümliche Substanz zu erklären gesucht, welche, zwischen die Granulationsmassen ergossen, die besondere Härte herbeiführen sollte: Robin und Marchal, ebenso Baerensprung sahen darin eine amorphe Zwischensubstanz, Ricord plastische Lymphe. Die späteren Autoren liessen aber auch diese besondere Zwischensubstanz fallen. Was war nun ihre Erklärung der eigenthümlichen Härte? Im Allgemeinen haben dieselben den Versuch einer wirklichen Erklärung gar nicht mehr gemacht, mit Ausnahme Biesiadecki's, welcher eine ganz neue Theorie aufstellte. Nach ihm ist das Bindegewebe innerhalb der Sclerose besonders starr; soweit stimmen wir mit ihm überein. Diese Starrheit führt er aber auf eine besondere Trockenheit des Gewebes zurück und bringt diese weiter mit der Adventitialwucherung der Arterien und Venen und dadurch stattfindender Verdickung ihrer Wände, sowie insbesondere einer Verdickung der Capillarwandungen in Zusammenhang, wodurch das Lumen derselben verengt werden soll. Dass in der That eine Verengerung und selbst Verschliessung kleinerer und selbst grösserer Gefässstämme durch den beschriebenen Process an der Intima derselben nach längerem Bestande der Sclerose eintreten kann, ist nicht zu bezweifeln und eine Folge davon konnte immerhin die Verödung eines Theiles der Capillaren sein.

Allein einerseits tritt, wie später erwähnt werden wird, der Process der Endarteriitis und Endophlebitis auch bei anderen Erkrankungen auf, bei welchen eine Härte des Gewebes nicht beobachtet wird, andererseits ist die Induration gerade zu einer Zeit ausgebildet, wo von der Affection der Intima nur erst eine Spur sichtbar ist und schwindet in der Regel gerade dann, wenn die Intima zu wuchern angefangen hat. Dass aber die Durchtränkung

des sclerotischen Gewebes mit Ernährungsflüssigkeit eine besonders reichliche und keinesfalls eine verminderte ist, wie es der Biesiadecki'schen Hypothese entspräche, scheinen uns die mächtigen Lymphgefässe der Sclerose zu beweisen. Wir haben oben erwähnt, dass das adventitielle Gewebe der Lymphgefässe und diese selbst in Betreff der Sclerose und Infiltration ihrer Wand weit hinter den Blutgefässen zurückstehen. Demgemäss finden wir durch die ganze Sclerose zerstreut abnorm weite, zum Theile geradezu colossale Lymphgefäss-Durchschnitte. Und dafür, dass ein mächtiger Ernährungsstrom durch die Sclerose hindurchgeht, spricht ja auch die gewaltige Hypertrophie aller Cutisbestandtheile, welche das Wesen der Sclerose ausmacht und noch beständig fortdauert, wenn das Mikroskop in dem Gewirre junger Zellen und Kerne schon lange keine Lumina der Capillaren mehr zu verfolgen im Stande ist. Also soweit aprioristisch-anatomische Gründe bei einer physiologischen Eigenschaft des Gewebes, wie ihrem Wassergehalt, überhaupt mitzusprechen haben, soweit reden sie entschieden einer stärkeren Durchtränkung mit der allgemeinen Ernährungsflüssigkeit das Wort. Trockenheit ist nicht Ursache der Härte. Für die Erklärung derselben bleiben uns nach dem Gesagten nur zwei Momente übrig; die Sclerosirung der Lederhaut oder die Veränderungen der Epidermis.

Es dürfte wohl plausibel erscheinen, das Hauptgewicht in dieser Richtung auf die Sclerosirung des Bindegewebes zu legen. Da aber durch den Druck des letzteren eben das Auswachsen der Epidermis bedingt wird und letzteres offenbar die schon vorhandene Gewebsresistenz neuerdings auch steigert, so ist auch der Process in der Epidermis in zweiter Linie, oder besser das Verhältniss der Epidermis zur Lederhaut, welches ja ein der Initialsclerose ganz eigenthümliches ist, für die Erklärung der Härte heranzuziehen.

Die Form der Sclerose hängt von der präexistenten Vertheilung der Blutgefässe in der Haut, die Grösse derselben von der Ausdehnung der Hypertrophie des fibrillären Bindegewebes ab, in welches die sclerotischen Gefässe eingebettet sind und die Derbheit und Härte des Knotens sind proportional der Stärke der Hypertrophie

aller Bestandtheile der Haut oder auch dem Drucke, unter dem hypertrophische Epidermis und hypertrophisches Bindegewebe sich gegenseitig zerklüften und durchdringen.

Nachdem wir im Vorhergehenden den Versuch gemacht haben, die Initialsclerose in ihrer histologischen Geschichte zu verfolgen und dann dieselbe dem einfachen venerischen Geschwüre gegenüberzustellen, erübrigt uns noch zum Schlusse, einige Momente von hervorragender Bedeutung, welche sich bei der Schilderung der Vorgänge ergeben haben, herauszuheben und ihre Beziehung zu analogen Processen zu beleuchten. Es sind dies zunächst die Epithelwucherung und areolare Umwandlung im Cutisgewebe. Aehnliche Befunde sind auch bei verschiedenen anderen Processen zu beobachten, welche sich durch reichliche Bildung jungen Bindegewebes (durch Granulationsbildung) im bindegewebigen Stratum gleich der Initialsclerose auszeichnen, und es entstehen auf diese Art leicht Bilder von grosser Aehnlichkeit mit den bei der Initialsclerose beschriebenen. Von den hier gemeinten Infiltrationsprocessen heben wir das Epitheliom und den Lupus hervor.

Die Epithelwucherung bei der Initialsclerose hat eine Analogie mit jener beim Epitheliom dadurch, dass sich in beiden Processen Epithel atypisch im Lederhautgewebe zerstreut vorfindet. Allein bei der Sclerose handelt es sich um eine directe Druckwirkung, welche von Seite der Granulationsmassen einerseits, des hypertrophischen alten Bindegewebes andererseits auf die wuchernden Epidermiszapfen ausgeübt wird. Die Epithelzellen werden dadurch zusammengedrückt, ausgezogen, in die Länge gezerrt, zu Bändern und Platten, kurz in ein Fachwerk umgewandelt, welches zumeist in feineren Zügen den oberen Theil des Cutisgewebes durchsetzt, hie und da aber auch sich zu Blöcken zusammenballt. Von einer Neubildung von Epithelzellen im Cutisgewebe, sei es nun im Zusammenhange mit der präexistenten Stachelzellenlage des Malpighischen Netzes, sei es selbständig — ist bei der Sclerose nicht die Rede. Die Areoli bei letzterer, welche sich mehr oder weniger deutlich entwickeln können, zeigen daher auch nicht das Bild von Herden polygonaler Epithelzellenmassen, eingeschlossen von Granulationszellen und Bindegewebsfasern, wie wir dies beim Epithe-

liom finden, sondern wir gewahren stets deutlich charakterisirte Granulationszellen in Herden beisammen liegend, welche von Epithelausläufern in jener Form, wie wir sie oben als Erzeugnisse vermehrten Druckes geschildert haben, umschlossen werden. Von den bei Epitheliom so häufigen Perlkugeln, zwiebel-schalenartigen Gebilden im Innern von Epithelknoten, haben wir bei der Sclerose nichts wahrgenommen. Es scheinen eben letztere durch den concentrischen Druck zu entstehen, welchen die massenhaft angehäuften und fortwuchernden Epithelzellen selbst auf einander und auf die Fortsetzungen des Epithels in Drüsen- und Haarbälge ausüben, während bei der Sclerose ein selbständiges actives Fortwuchern der Epithelzellen im Lederhautgewebe gegenüber den übermächtigen Granulations- und starren Bindegewebsmassen gar nicht denkbar ist.

Auch beim Lupus spielt die Epithelwucherung eine gewisse Rolle. Im Allgemeinen findet man die Epidermis lupöser Hautpartien verdickt, aber diese Verdickung pflegt weniger die in die Cutis hineinragenden Zapfen, als die flächenartig ausgebreitete Schicht, das eigentliche Malpighi'sche Stratum zu betreffen. In jenen Formen, welche man fälschlich als Lupus hypertrophicus, richtig als Lupus exuberans (framboësioides) bezeichnet[1]) und welche sich durch condylomartiges, warzenförmiges Wuchern der lupösen Partie nach Aussen kennzeichnen, findet man aber auch die Epidermiszapfen in die Tiefe wuchernd, sich verzweigend und hie und da abschnürend. In solchen Fällen kann ein Bild wie beim Epitheliom sich entwickeln und es kommen auch Perlkugeln nicht selten in solchen Zapfen vor, wie sie in der That schon Virchow bei Lupus beschrieben hat.

Solches Auswachsen der Epithelzapfen in die Tiefe, wie es auch Waldeyer[2]), Busch[3]), Thoma[4]), Friedländer[5]) schildern, ist nicht als eine Combination von Lupus mit Epitheliom

[1]) Auspitz: Die Zelleninfiltrationen etc. (1864) — Ders.: „Ueber die mechanische Behandlung von Hautkrankheiten.“ (Diese Vierteljahresschr. 1876 pag. 584.)

[2]) Virch. Arch. Bd. 50. 1870.

[3]) Verh. des ersten deutschen Chirurgencongresses 1872.

[4]) Virch. Arch. Bd. 85. 1875.

[5]) Ueber Epithelwucherung u. Krebs. Strassburg 1877.

aufzufassen, sondern gehört dem lupösen Processe als solchem an; freilich nicht als stationäres Vorkommniss und ohne eine andere Bedeutung zu beanspruchen, als die Epithelwucherungen bei allen sog. papillären Hauterkrankungen und bei den syphilitischen Papillomen der Plaques muqueuses.

Von der Epithelveränderung, wie wir sie bei der Sclerose beschrieben haben, unterscheidet sich die Epithelwucherung bei Lupus ebenso, wie jene beim Epitheliom dadurch, dass die anfängliche Epithelhypertrophie bei der Sclerose bald einen vollkommen passiven Charakter annimmt und durch Druck Formen von wesentlich anderem Charakter als jene activen Epidermiswucherungen erhält.

Die Vergleichung der auf die angegebene Art der Initialsclerose entstehenden areolären Bildungen mit der Herdformation des Lupus, welche letztere in jüngster Zeit insbesondere von Friedländer[1]), Lang[2]) und Volkmann[3]) genauer in's Auge gefasst worden ist, lässt zunächst einen wesentlichen Unterschied in Folgendem erkennen: Die kugligen Knötchen des Lupus, wenn solche vorhanden sind, was keineswegs immer der Fall ist, wie wir aus zahlreichen Schnitten beweisen können, stehen in keinem Zusammenhange mit dem Epithel. Auch ihre epithelartig abgeplatteten Zellenmassen, welche übrigens nicht constant sind, haben offenbar Nichts mit Epithel gemein, sie scheinen, wie Lang plausibel macht, durch Anschwellung und Aufquellung von Granulationszellen zu entstehen. Im Innern solcher Klümpchen finden sich oft vielkernige Gebilde mit meist wandständigen Kernen (Riesenzellen), oft im Centrum mit Granulis erfüllt; bisweilen zu Hassal'schen Körperchen umgestaltet. Ob dieselben durch Zusammenfliessen von Granulationszellen entstanden seien, ob sie aus Lymphgefässen stammen (Hering, Langhans, Klebs), ob sie als das Resultat eines Fortbildungsprocesses (Schüppel, Friedländer, Ziegler) oder einer Rückbildung (Lang) aufzufassen seien, wollen wir hier nicht untersuchen; die Frage scheint überhaupt nicht spruchreif. Für uns aber ist es von Wichtigkeit zu consta-

---

[1]) Virchow's Archiv Bd. 60.

[2]) Diese Vierteljahrschr. 1875.

[3]) Berliner klin. Wochenschr. 1875, Nr. 30, Sep.-Abdruck pag. 11.

tiren, dass solche Gebilde bei der Initialsclerose von uns nicht beobachtet worden sind. Gegenüber dem Umstande, dass derlei Riesenzellenknötchen bei den verschiedensten Erkrankungen in der Haut beobachtet worden sind; bei entzündlichen Granulationen (von A. Jakobson, Heidenhain, Baumgarten und uns selbst); bei Elephantiasis (von Klebs); bei Hauttuberculose (von Bizzozero, Pantlen, Griffini, Baumgarten); bei syphilitischen Geschwüren (von Bizzozero, Köster); bei Gumma des Hodens (von Baumgarten); bei syphilitischen Papeln (von Griffini); überdies bei Gehirnsyphilis (von Heubner) — scheint dieses Fehlen der vielkernigen Klumpen bei der Initialsclerose von Interesse. Wenn wir annehmen, wofür wohl das Meiste spricht, dass die Entstehung solcher Zellenklumpen in directer Beziehung zum Granulationsprocesse steht, daher nur in Geweben vorkommt, welche in einem chronischen Zelleninfiltrationsprocesse begriffen sind — so mag das constante Fehlen derselben bei der Initialsclerose seine Erklärung in dem Umstande finden, dass die diesem Processe zukommende eigenthümliche Bindegewebssclerose ein Hinderniss für die Entstehung der vielkernigen Massen abgibt.

Die bei der Induration vorkommenden areolären Bildungen aber kann man nach den Befunden, welche wir vorgelegt haben, unter keiner Bedingung mit den vielkernigen Massen bei Lupus in Vergleich setzen.

Zum Schluss sollen noch einige zusammenfassende Bemerkungen beigefügt werden über das Verhalten der Blut- und Lymphgefässe, welches in der Sclerose eine, wie aus dem Bisherigen ersichtlich, sehr wichtige Rolle spielt, und über den sogenannten „Lymphstrang“ der von manchen Sclerosen aus verläuft. Wir haben gezeigt, dass in den ersten Stadien der Sclerose die Blutgefässe wohl eine Verdickung und Wucherung der Adventitia, die Capillaren eine Wucherung der Wand zeigen, dass aber weder die Muscularis noch die Intima bedeutende Veränderungen darbieten und dass eine Verengerung der Gefässlumina nicht nachweisbar ist.

Die Lymphgefässe dagegen fanden wir in diesem Stadium wohl erweitert und klaffend, aber sowohl ihr Endothel als die Wandung selbst nicht verändert.

Im späteren Verlaufe der Sclerose fanden wir die Erkrankung der Blutgefässe auf alle Schichten übergegangen, und in der That an einzelnen Gefässen eine bedeutende Verengerung oder gar Verschliessung des Lumens durch wirkliche Bindegewebswucherung der Intima — dagegen an den Lymphgefässen die Lumina immer noch klaffend und ihre Wandungen parallel mit der Wucherung des umgebenden Bindegewebes der Lederhaut — mässig verdickt.

Wir können somit wohl die Behauptung aufstellen: In der Initialsclerose spielt die Wanderkrankung der Blutgefässe eine wichtige Rolle, eine weit geringere jene der Lymphgefässe.

In einen eigenthümlichen Contrast hiezu stellt sich nun aber die hergebrachte Ansicht von der syphilitischen Lymphgefäss- und Lymphdrüsenerkrankung, welche durch den Uebertritt des Giftes von der Sclerose aus direct das Lymphgefäss- und Lymphdrüsensystem und die schliessliche Vergiftung des Gesammtorganismus vermitteln soll.

Den tastbaren Ausdruck für diese Hypothese glauben die Lehrbücher in dem Gefässstrange zu finden, welcher in der dorsalen Furche des Gliedes verläuft, und die beiden Arterien, die grosse Vena dorsalis und das dorsale Lymphgefäss des Penis enthält.

Dieser Strang ist nun bisweilen, von der Sclerose ausgehend, ebenso verdickt und hart, wie die Sclerose selbst; die Verhärtung setzt sich gewöhnlich nur eine Strecke weit, selten bis an die Wurzel des Penis fort. Noch seltener kommen strangartige oder flächenartig ausgedehnte Verhärtungen an den Seiten des Gliedes vor oder endlich (bei Urethralschanker) nahe dem Frenulum, in welchem letzteren Falle sie sich um die Eichelkrone herumziehen um schliesslich in den Dorsalstrang überzugehen [1]).

Man ist nun gewohnt, diese Stränge als Lymphgefäss-Indurationen oder kurz als Lymphstränge zu bezeichnen.

Genauere anatomische Untersuchungen dieses „Lymphstranges" liegen vor von Bassereau [2]), Verson [3]) und Biesiadecki [4]).

---

[1]) Ausführlichere pathologische Details über den Lymphstrang siehe in Auspitz, Bubonen der Leistengegend. Diese Viertelj. 1875, p. 39 ff.

[2]) Traité des Affections de la peau symptomatiques de la Syphilis. Paris 1852.

[3]) Virchow's Archiv Bd. 45, 1869.

[4]) Untersuch. aus d. Institut in Krakau etc.

Bassèreau will in einem Fall, wo sich fistulöse Gänge vom Strange aus durch die Haut bildeten, constatirt haben, dass die Arteriae und die Venae dorsales penis vollkommen intact (bekanntlich gibt es aber zwei Arteriae und nur eine Vena dorsalis penis!) waren und dass der fistulöse Gang nichts anderes als ein hypertrophirtes Lymphgefäss mit verdickten Wänden gewesen sei.

Verson untersuchte einen indurirten Strang, der von einer fast 3 Ctm. breiten syphilitischen Sclerose der Pars dorsalis der inneren Vorhautlamelle bis zur Wurzel des Gliedes lief, um hier zu enden. Vom eigentlichen Lymphgefässe inmitten der Geschwulst war nur eine Andeutung in der concentrischen Schichtung faserigen Bindegewebes zu erkennen, welches von sogenannten Exsudatkörperchen vollgepfropft war. Das übrige Grundgewebe des Stranges, welcher von straffen, brüchigen Fasern umhüllt war, liess deutliche Verschiedenheiten in der Structur ersehen. Zunächst ergaben sich Stellen von bindegewebiger Structur mit Zwischenräumen, welche von rundlichen Zellen erfüllt waren. Darauf zeigten letztere ihre Form verändert, indem sie zackig oder mit längeren Fortsätzen versehen oder spindelig ausgezogen erschienen. An anderen Stellen fand sich ein vollkommenes Maschengewebe, andere hatten ein dichtes und festes Fasergefüge. Von den Blutgefässen und besonders den Venen gibt V. an, dass sie comprimirt, eng am Lumen, ihre Adventitien durch dicht stehende Exsudatzellen auseinander gewichen seien. Es stellen nach Verson diese Befunde verschiedene Stadien desselben Processes vor, die er auch bei der gewöhnlichen syphilitischen Induration beobachtet habe.

Biesiadecki endlich zeichnet einen Querschnitt durch einen Lymphgefässstrang, welcher mit Leichtigkeit von der Induration bis zur Peniswurzel zu verfolgen war und einen Strang von der Dicke einer dünnen Stricknadel darstellte.

Auf der Zeichnung, welche eigentlich mehr einen Schräg- als Querschnitt darstellt, findet sich ein längliches, klaffendes Loch, umgeben von einer mit Körnern durchsetzten Masse, welche B. für ein Fibrinnetz hält (?), dann eine gewucherte Intima, eine sehr verdickte Muscularis, dann wenig geschwellte Adventitia, beide mit Quer- und Schiefschnitten von kleinen Blutgefässen.

B. gibt überdies an, dass an anderen Schnitten das Lumen des Lymphgefässes durch jenes Fibrinnetz ganz verschlossen gefunden worden sei.

Soweit die bisherigen Untersuchungen. Die Präparate, welche wir von einem excidirten Präputium mit indurirtem Strange, welches wir der Güte des Herrn Prof. v. Sigmund verdanken, gewonnen haben, lehrten uns, dass im indurirten Strange eine Scheidung der Blutgefässe und des Lymphgefässes darum nicht leicht möglich ist, weil der ganze Strang gleich einer Sclerose von einer mächtigen Bindegewebswucherung durchsetzt ist, aus starrem faserigem Bindegewebe mit massenhaft eingestreuten Granulationszellen bestehend. Dazwischen zeigten sich wohl klaffende Lücken verschiedener Form und Grösse, welche wohl als Lymphspalten oder Saftkanälchendurchschnitte anzusehen sind, es zeigten sich ferner klaffende, mit deutlichem Endothel versehene Gefässlumina, die vermuthlich Lymphgefässen angehörten, aber die grösseren Blutgefässe waren in den reichlichen Zellenmassen, mit welchen das Gewebe vollgepfropft war, verschwunden.

Dass hier wie bei der Sclerose die Zellenwucherung ebenfalls von den Gefässadventitien ausgegangen war, ist wahrscheinlich.

Dieser Befund stimmt einigermassen mit jenem Verson's; aber nicht mit der von Biesiadecki gegebenen Beschreibung und Zeichnung. Wir müssen jedoch bekennen, dass wir in die Deutung, welche der Letztere seinem Befunde gegeben hat, Zweifel setzen. Es ist nicht bewiesen, dass das quergeschnittene Gefäss, welches B. schildert, ein Lymphgefäss sei; eher wären wir geneigt, es für die Dorsalvene zu halten und die Veränderung in ihrer Wand, die Wucherung der Intima und die Hypertrophie der Muscularis als Endophlebitis anzusehen.

Wenn wir uns nun die oben in Kürze zusammengefassten Verhältnisse der Gefässe bei der Sclerose in's Gedächtniss zurückrufen, so dürfte die Annahme nicht unberechtigt scheinen, dass es sich beim sogenannten „Lymphstrang“ keineswegs in erster Linie um eine Erkrankung der Lymphgefässwand handle, sondern im Allgemeinen um eine von der Sclerose ausgehende Indurirung des Bindegewebes, in welches die Gefässe auf den Rücken des Penis eingebettet sind, eine Indurirung, welche nach der Analogie

mit der Sclerose von den Blutgefässadventitien ausgehen mag und darum dem Verlaufe des Dorsalstranges des Penis folgt. Die aprioristische Annahme, es könne sich nur um ein Lymphgefäss handeln, da ja das Gift eben durch dieses zu den nächstliegenden indolent geschwollenen Drüsen gebracht werde, ist voreilig, weil ja der indurirte Strang noch von Niemandem continuirlich bis zu den tastbaren Lymphdrüsen fortlaufend verfolgt worden ist und ferner, weil bekanntlich die indolenten Leistenbubonen fast constant, die Gefässinduration aber nur selten die Sclerose compliciren, weil also die Induration des Stranges keineswegs als Ausdruck der Thatsache angesehen werden darf, dass das syphilitische Contagium von der Sclerose aus in die Leistendrüsen gelange. Die Ansicht, dass die Fortleitung des Giftes von der Sclerose aus durch die Lymphgefässe und Lymphdrüsen geschehe, ist wohl noch eine sehr verbreitete, aber sie ist darum nicht im geringsten stichhaltiger[1]).

Kehren wir nun zu der Initial - Sclerose zurück und fassen die beschriebene Gefässerkrankung des letzten Stadiums in's Auge, so könnte man daran denken, die Endoarteriitis und Endophlebitis bei der Sclerose an jene Endarteriitis, welche nach dem Vorgange Heubner's [2]) bei Syphilis des Gehirns und anderer Organe häufig gefunden wird, anzureihen und, ohne die Form für specifisch zu erklären, doch in der Gefässerkrankung eine für die Pathologie der Syphilis wesentliche, sie durch alle Stadien vom localen Beginne der Wirkung des Giftes bis in die letzten Ausläufer der Symptome begleitende Erscheinung zu erblicken.

Die Thatsache jedoch, dass diese Gefässerkrankung nicht blos bei Syphilis (von Heubner am Gehirn, von Friedländer in gummösen Geschwülsten, von uns in der Initialsclerose u. s. w.), sondern auch bei einer Reihe anderer Processe beobachtet worden ist, und zwar in analoger Weise verlaufend wie bei Syphilis mit schliesslicher Verengerung oder gar Verstopfung der Gefässe (Endarteriitis et Endophlebitis obliterans), und dass insbesondere in der Haut der Process sehr schön bei Elephantiasis Arabum und bei Ichthyosis

---

[1]) Vgl. hierüber Auspitz: „Die Bubonen der Leistengegend" a. a. O.
[2]) Die luetische Erkrankung der Gehirnarterien 1874.

(Esoff), bei einfacher Granulationswucherung, bei Scirrhus (Friedländer) u. s. w. beobachtet werden kann — lässt es gerathen erscheinen, in Bezug auf die allgemeine Deutung dieser Vorgänge vorläufig die vollste Reserve zu beobachten.

Erklärung der Abbildungen.

Tafel II.

Fig. 1. Makroskopische Verticaldurchschnitte der Sclerosen von den Fällen: 21, 22, 28, 23, 24, 27, 8, 20, 30, 33, 26 (Vergr. $1^1/_2$).

Fig. 2. Verticaler Durchschnitt durch eine beginnende Sclerose. Vom Fall 28. Die Partie *AB* entspricht dem Infiltrate auf Taf. II. Fig. 1, Fall 28, makrosk.) (Vergr. 200).
a b Hypertrophie der Epithelzapfen.
c beginnende Granulation in der Lederhaut.

Fig. 3. Vom Fall 27. Die links gelegene Hälfte der Zeichnung (*AC*) entspricht der normalen Seitenpartie, die rechte Hälfte (*AB*) dem im Centrum der Sclerose gelegenen Infiltrate (Vergr. 200).
a Wucherung um die Gefässe in der Lederhaut.
b verschmächtigte Epithelzapfen.
c eben solche Zapfen, welche, mehr gegen das Centrum des Knotens hin gelagert, immer undeutlichere Contouren zeigen.

Tafel III.

Fig. 4. Aus der Mitte des Knotens vom Fall 27 (Vergr. 300).
a oberer Theil der verdickten Hornschicht der Epidermis, ohne Einlagerung, hell.
b Stratum lucidum mit zelliger Einlagerung (erscheint auf Pikrocarminpräparaten dunkel gefärbt).
c Stachelzellenschicht (Malp. Netz), auf Pikrocarminschnitten heller als die Lage *b*, durchsetzt von Granulationszellen.
d Reste der Zapfen- und Bogenstücke ziehen von da in Form eines sich bildenden Netzwerkes nach abwärts.

Fig. 5. Schnitt durch die Sclerose im Fall 24. (Vergr. 300).
d c epitheliales Maschenwerk, von einem verlängerten Epidermiszapfen ausgehend, im Lederhautgewebe.

Fig. 6. Schnitt durch dieselbe Sclerose an der Grenze zwischen Centrum und Randtheil. Uebersichtspräparat, mit Eosin gefärbt. (Vergr. 200).
a a dunkelgelbroth glänzende Epithelblöcke im Cutisgewebe.
b Sclerosirtes (mattroth gefärbtes) Bindegewebe der Cutis.
c Nicht sclerosirtes Bindegewebe.

Fig. 7. Schnitt durch dieselbe Sclerose, ganz central. *AB* gegen das Centrum des Knotens, *AC* mehr peripher gelegener Theil des Schnittes (Vergr. 200).

a b Haufen von Granulationszellen in der Hornschicht über dem Stratum lucidum.

c Epithelzüge in der infiltrirten Lederhaut, welche vom Rete nach abwärts ziehen.

d wenig veränderte Epidermis an der Grenze des Knotens, von der aber doch schon Epithelzüge in die Tiefe dringen.

f sclerotische Bindegewebsbalken.

Tafel IV.

Fig. 8. Schnitt durch die Mitte des Knotens vom Fall 22.

a Herde, von Granulationszellen erfüllt, welche sich bis an die obersten Lagen der Hornschicht erstrecken, umschlossen von in die Tiefe gedrungenen Epithelzügen.

b Herde, aus welchen die Granulationszellen theilweise herausgefallen sind.

c zwischen den Herden stark sclerosirtes Bindegewebe mit diffuser Granulation.

Fig. 9. Schnitt durch die Mitte des Knotens vom Fall 21, welcher das breite Ende der Rinne *A* getroffen hat (Vergr. 200).

a Hornschicht des gewucherten Epithels, von Granulationszellen durchsetzt, welche die Rinne nachträglich ausfüllte.

b Epidermis von dem die Rinne nach aussen begrenzenden Rande, Zellen und Kernwucherung in hohem Grade zeigend, wie dies die folgende Figur bei stärkerer Vergrösserung zeigt.

Fig. 10. Eine Epidermispartie in Wucherung vom Fall 21 (Vergr. 600).

a Epidermiszellen in verschiedenen Stadien in Wucherung.

b Dazwischen eingewanderte Granulationszellen, deren Kerne, hie und da geschrumpft dem Protoplasma der Epidermiszellen angelagert, es an einzelnen Stellen partiell umgreifend.

Fig. 11. Eine Partie aus einem Durchschnitte der Sclerose 26, central unter der Papillarschicht in der Gegend des unteren Gefässbezirkes gelegen. (Vergr. 350).

a Granulationszellenanhäufungen um die Gefässe, von dichten Bindegewebszügen umgeben.

b Querschnitt einer Arterie.

c „ „ Vene.

d gewucherte Adventitia.

e verdickte Muscularis.

f gewucherte Intima.

g Endothel mit birnsticlartigen Ausläufern.

Tafel V.

Fig. 12. Schnitt durch die Sclerose des Falles 33 (Vergr. 200).

a die centrale Partie unter der Erosion, eine von zartem epithelialem Fachwerk durchzogene Anhäufung von Granulationszellen darstellend. Papillen und Epithelzapfen nicht mehr deutlich erkennbar.

b dichte Bindegewebsstränge aus dem subcutanen Gewebe unter dem Centrum der Sclerose, Gefässe und Drüsenrudimente umschnürend.

c Ebensolche Bindegewebszüge von den Seiten.

d gut erhaltene Epidermis zu beiden Seiten der Centralerosion.

Fig. 13. Eine Partie aus einem Schnitt durch die Sclerose des Falles 30 (Vergr. 250).

a faseriges Bindegewebe mit reichlichen spindelförmigen Bindegewebszellen und geschrumpften Granulationszellenkernen.

bcd veränderte Gefässe, von denen sich nicht mehr bestimmt unterscheiden lässt, ob sie Venen oder Arterien sind. Das Lumen überall verengt, bei *d* fast verschlossen.

e Adventitia.

f getrübte und gequollene Intima sammt der ganzen oder einem Theile der Media.

g geschrumpftes Endothel.

Zur Lehre von der Pityriasis rubra universalis.

Zuschrift an die Redaction.

In dem 4. Hefte dieser Vierteljahresschrift vom Jahre 1876 ist eine Arbeit von Hebra jun. über Pityriasis rubra universalis enthalten, die sich auf zwei Beobachtungen stützt; davon zeichnete sich der erste Fall durch einen hochgradigen Schwund des Papillarkörpers und durch eine fortgeschrittene Atrophie der Haut aus, welches Leiden durch die später erfolgte Obduction nach des Verfassers Ansicht unaufgeschlossen blieb.

Ich erlaube mir im Anschlusse an diesen Fall auf einen ähnlichen Hautbefund bei Kindern aufmerksam zu machen, welchen ich in dem Jahrb. für Pädiatrik II. Bd. 1872 beschrieben habe; auch hier handelte es sich um eine fortschreitende Atrophie der Haut, namentlich des Papillarkörpers unter gleichzeitiger Verfärbung und Abschuppung; etwaige Unterschiede von dem Falle Hebra's mögen sich aus der Verschiedenheit des Alters der Individuen und aus der Dauer des Verlaufes ergeben.

Da ich in jedem der von mir beobachteten Fälle solitäre Tuberkel des Gehirnes (einmal im Hirnstiele) angetroffen hatte, so sah ich mich veranlasst, die Veränderungen der Haut auf eine länger dauernde allgemeine Störung der trophischen Hautnerven zurückzuführen, also auf eine Trophoneurose. Ich war nun nicht wenig überrascht, als ich las, dass in dem Falle „Vegiatto" Hebra's sich gleichfalls wallnussgrosse Tuberkelknoten in dem Kleinhirne vorfanden, die mit Ausnahme der Erscheinungen auf der Haut keinerlei Störungen verursachten.

Aus der Anamnese ist ferner zu entnehmen, dass das Hautleiden bereits in der Kindheit begonnen habe und es ist nicht unwahrscheinlich, dass die Kleinhirnknoten aus der gleichen Altersperiode stammen, wie ja Aehnliches oft genug constatirt werden konnte.

Auf diese Weise scheint der Zusammenhang des beschriebenen Hautleidens mit dem Gehirnbefunde hergestellt; die Fruchtlosigkeit der Therapie ist nur eine nothwendige Folge dieses Zusammenhanges.

Dass nicht immer Gehirntuberkel, sondern auch andere chronische Läsionen der trophischen Centren die Ursache für das fragliche Leiden abgeben können, soll nicht in Abrede gestellt werden und wäre eine genaue mikroskopische Untersuchung derselben in Zukunft sehr erwünscht.

Wien. Dr. Ludwig Fleischmann.

Zur Aetiologie der Psoriasis.

Zuschriften an die Redaction.

Anlässlich der vorliegenden Erörterungen des Herrn Prof. Dr. Köbner[1]), betreffend meine vor Kurzem an dieser Stelle veröffentlichte Schrift[2]), sei es mir vergönnt, einige kurze Worte zu sagen. Niemals hätte ich es gewagt, Ergebnisse, gewonnen durch die Forschungen eines um die Wissenschaft so hoch verdienten Mannes mit Stillschweigen zu übergehen; im Gegentheil habe ich bei meiner oben erwähnten Arbeit mehrmals die Gelegenheit wahrgenommen, die Ansichten und Erfahrungen von Herrn Prof. Dr. Köbner in erster Linie[3]) zu citiren; so freute ich mich, als ich kurz vor Abschluss meiner Arbeit in einem Vortrage Köbner's, dessen gedrängtes, kaum eine halbe Seite langes Referat in einem wenig verbreiteten Blatte mitgetheilt war, einen so deutlich und klar meine Ansicht von der Natur der Psoriasis bestätigenden Krankheitsfall zwar spät vorfand, ihn aber doch noch nachträglich an die Spitze der von mir beobachteten Fälle stellen konnte. Mit Recht glaube ich daher annehmen zu dürfen, dass die Autorehre des Herrn Prof. Dr. Köbner von mir nach jeder Richtung hin gewahrt worden ist. Anderseits habe ich niemals die Behauptung aufgestellt, durch meine Arbeit etwas Neues gebracht zu haben; sagt doch schon Hebra 12 Jahre vor dem Vortrage von Köbner[4]): „Nur in jenen Fällen, in welchen man derlei Hautreize bei Psoriasis-

---

[1]) Diese Vierteljahresschr. 1876, pag. 559.

[2]) Ebenda pag. 329 ff.

[3]) Ebenda pag. 338—339.

[4]) Erste Aufl. d. Lehrbuches, Erlangen 1860, pag. 262.

kranken applicirt, entstehen häufig an der Stelle, an welcher unmittelbar nach Application des Hautreizes die gewöhnlichen Folgeerscheinungen hervorgerufen wurden, z. B. eine Blase nach Anwendung eines Vesicators, nach Ablauf dieser Erscheinungen Psoriasisplaques, und zwar von jenem Umfange, in welchem die Haut von den Hautreizen afficirt worden war.“ Im Gegentheil hatte ich mir nur das Ziel gesteckt, durch eigene Beobachtungen und Betrachtungen die gleichzeitig mit Köbner von O. Simon[1]) als wahrscheinlich hingestellte Ansicht von dem Angeborensein und der Vererbung der Psoriasis zu begründen. Dass mir dies in Bezug auf den ersten Punkt, das Angeborensein, in objectiver Weise vielleicht geglückt ist, wird jeder zugeben, der meine Ausführungen und die beigefügten Krankheitsfälle nicht missverstehen will. Die ausschliessliche Heredität eben so strict zu beweisen und hierin allen Anforderungen des strengsten Richters zu genügen, ist zur Zeit sehr schwierig. Doch wird derjenige, der sich von dem ausschliesslichen Angeborensein der Psoriasis überzeugt hält, nach den heutzutage herrschenden Ansichten über Vererbungen auch für letztere stimmen.

Berlin. Dr. E. Wutzdorff.

Gegenüber der vorstehenden Erklärung sehe ich mich genöthigt, unter nochmaligem Hinweise auf das im 4. Heft 1876 dieser Vierteljahresschrift (pag. 560) wieder abgedruckte Referat über meinen citirten Vortrag (Mai 1872) zu constatiren, dass ich daselbst nicht blos einen in seiner Art noch nirgend in der Literatur publicirten, neue Gesichtspunkte eröffnenden Fall, sondern unter Berücksichtigung der Meinungen aller Autoren und als Gesammtergebniss meiner eigenen Beobachtungen meine ganze Anschauung über die Aetiologie der Psoriasis gegeben habe. Dass Dr. W. diesen allgemeinen Theil jenes Referates, welches in gedrängtester Kürze, aber doch verständlich genug, schon alles Wesentliche enthielt, was von W. nunmehr weitläufiger ausgeführt worden ist, nicht als von mir stammend klar angegeben hat, ist nicht blos mir so vorgekommen, sondern ist mir bestätigt worden, einmal

[1]) Localisation d. Hautkrankheiten. pag. 62.

durch zahlreiche Zuschriften von Fachgenossen, welche in W.'s Aufsatz Neues gefunden zu haben glaubten, bis sie meine Reclamation lasen, sodann durch einen vor dem Erscheinen der letzteren publicirten Artikel I. Neumann's[1]), der gleichfalls den Modus eines „traumatischen Ursprunges der Psoriasis" als eine neue Aufstellung W.'s bespricht, indem er aus W.'s Aufsatz eben nur meine Einzelbeobachtungen, aber nicht meine allgemeinen Sätze ersehen konnte. Was nun den Passus aus Hebra's Lehrbuch betrifft, den W. seltsamer Weise erst jetzt nachträglich entdeckt, resp. mir erst heute entgegenhält, obgleich er in seinem Aufsatze (pag. 331, 333, 339) Stellen, welche unmittelbar davor und dahinter stehen, citirt hat, so hatte ich früher, d. h. bis zu dem, meinen Vortrag veranlassenden Krankheitsfalle und den angestellten Experimenten, diesen Passus ebensowenig als für die Aetiologie der Psoriasis in Betracht kommend beachtet, wie einer der vieljährigen Assistenten Hebra's, die längst nach dem Erscheinen seines Lehrbuches (Wertheim 1863, Neumann in den ersten drei Auflagen seines Lehrbuches 1869 bis 1872) über dieses Thema geschrieben haben. Man lese nur den Zusammenhang, in welchem jener Passus in H.'s Lehrbuch, der speciell von den Hautreizen der „Medicina crudelis" und namentlich vom Vesicator handelt, eingestreut ist, man lese das ganze Kapitel „Aetiologie" durch und behaupte dann noch, dass Hebra selbst auf jene Beobachtung irgend welchen ätiologischen Werth gelegt habe! Selbstredend aber habe ich diese Vesicatorwirkung bei Psoriatischen, welche nach einem Citate Hebra's (l. c. p. 281) auch schon von älteren Autoren erwähnt wird, in meinem Vortrage als ein sehnlich von mir in der Literatur gesuchtes Analogon meiner eigenen Beobachtungen und als Stütze für meine allgemeinen Schlussfolgerungen vollkommen gewürdigt. Das Vesicator oder sonstige Arznei-, resp. chemischen Applicationen auf die Haut sind eben pathologische

---

[1]) Beitrag zur Aetiologie der Psoriasis. Allgem. Wiener med. Zeitung Nr. 1 (2. Jänner) 1877. (Vgl. den „Bericht" weiter unten in diesem Hefte. Die Red.) — Meine sofort nach dem Erscheinen des dritten vorjährigen Heftes der Vierteljahresschr. für Dermatologie und Syphilis, welches Wutzdorff's Aufsatz brachte, aus Meran, den 22. Nov. 1876 datirte Reclamation nebst vorläufiger Mittheilung erschien wegen sehr verspäteter Ausgabe des 4. Heftes dieser Vierteljahresschr. erst Mitte Februar 1877.

Eingriffe, welchen unter 1000 Psoriatischen nicht einer zu unterliegen braucht und deshalb vielleicht hat Niemand, vor Allen Hebra selbst nicht, weitere Forschungen oder Schlüsse daran geknüpft; traumatische Einwirkungen hingegen, wie ich sie — meines Wissens zuerst — als Psoriasis hervorrufend in sehr verschiedenen Variationen und Ausdehnung zunächst an einem und demselben Individuum beobachtet, dann experimentell studirt habe, sind (im weiteren Sinne) derart unausweichlich, wie für jeden Menschen, so für jeden mit einer Dispositon zur Psoriasis Behafteteten, dass eben mit der sicheren Constatirung einer solchen Entstehungsweise für mich die eigenartige Vulnerabilität des ganzen Hautorganes in den Mittelpunkt aller ätiologischen Betrachtungen trat und auf einmal eine Anzahl typischer, bis dahin von Niemanden erklärter, geschweige denn in einen genetischen Zusammenhang gebrachter Eigenschaften der Psoriasis klar wurde: ihre Localisation an bestimmten Prädilectionsstellen, ihre grosse Recidivirbarkeit, endlich die völlige therapeutische Nutzlosigkeit der Zerstörung der einzelnen Psoriasisplaques.

Im Uebrigen unterscheidet sich meine Ansicht doch noch in mehreren Punkten von den Angaben Prof. Hebra's sowie der von ihm inzwischen in einer „Berichtigung“ [1]) angegriffenen Herren Dr. Wutzdorff und Prof. I. Neumann: 1. können nicht blos äussere Reize, welche namentlich Wutzdorff viel zu einseitig und bei einzelnen Fällen in geradezu gezwungener Weise geltend macht, sondern auch innere Ursachen den Ausbruch von Psoriasis hervorrufen; 2. nicht bloss Individuen, welche an schon ausgesprochener Psoriasis leiden, können auf Hautreize in dieser Weise reagiren, sondern auch — wenn gleich seltener — solche mit bis dahin scheinbar gesunder oder doch jedenfalls noch nie von Psoriasisausbrüchen afficirter Haut bekamen durch nachweislich äussere Einwirkungen die ersten Erscheinungen von Psoriasis. Dass aber die für alle Fälle unbedingt nothwendige eigenthümliche Disposition der Haut ausschliesslich angeboren sei, das hat W. ebenso wenig wie irgend ein anderer objectiv bewiesen. Seine Argumentation ist etwa folgende: Weil O. Simon in seinem —

---

[1]) Allg. Wiener med. Zeitung Nr. 2 (9. Jänner 1877). Vergl. weiter unten den „Bericht“. D. Red.

notorisch etwa 1½ Jahre nach meinem Vortrage erschienenen, auf p. 120 bereits denselben benützenden — Buche (pag. 62) gesagt hat, es dürfte in Frage kommen, ob nicht alle Fälle von Psoriasis auf Erblichkeit beruhen, stellt W. (pag. 39) das constante Angeborensein jener Eigenthümlichkeit, auf Hautreize in dieser Weise zu reagiren, als Axiom voran, das nun nicht erst detaillirt bewiesen wird. Denn alle folgenden Betrachtungen und Einzelfälle beweisen immer nur die eigenartige Vulnerabilität der Psoriasiskranken, aber nicht, was W. immer zusammenmischt oder identificirt — dass dieselbe auch angeboren sein muss. Fälle, wie diejenigen auf pag. 340, 345, 347, sind selbst erst noch der Erklärung ihrer Entstehung nach jeder Richtung hin bedürftig und doch sollen sie, welche zum Theil Personen betreffen, „die im Alter von 24—50 Jahren zum ersten Male Psoriasis bekamen," schon wieder als Beweis dienen für das ausschliessliche Angeborensein, resp, „für die Regelmässigkeit, mit der vom Lebensanfange(!) bis zum Ende der Ausbruch der Krankheit nach Reizen wiederkehrt" (pag. 346, vergl. besonders mit pag. 345). Und eine solche Beweisführung mittelst Petitio principii sollte anderweitige Erfahrungen über zuweilen erworbene, nicht hereditäre Psoriasis hinfällig machen?

Ich schliesse diese Erklärung mit dem Bemerken, dass es, gleichviel nach welcher Seite hin, die letzte ist, welche ich über dieses Thema abgebe, bis ich auf dasselbe ausführlich und im Zusammenhange zurückkommen werde.

Meran. Prof. Heinrich Köbner.



Aus den

Verhandlungen ärztlicher Körperschaften.



Vom internationalen medizinischen Congress in Philadelphia.

Wir haben im 3. Hefte dieser Vierteljahresschrift 1876 die Errichtung einer Section für Dermatologie und Syphilis beim internationalen medizinischen Congress in Philadelphia angezeigt und die Fragen angeführt, welche in dieser Section zur Discussion kommen sollten.

Wir theilen nun die Resultate dieser in vieler Beziehung interessanten Discussion mit, indem wir die von den Referenten vorgeschlagenen und von der Section angenommenen Resolutionen über die einzelnen Fragen wiedergeben. Wir können jedoch nicht umhin, die Bemerkung beizufügen, dass in wissenschaftlichen Fragen Majoritätsbeschlüsse keine Berechtigung haben, und dass der internationale Congress selbst, indem er in seiner Schlusssitzung alle diese Resolutionen der Section abgelehnt hat, derselben Anschauung Ausdruck gegeben zu haben scheint.

Ueber den wissenschaftlichen Werth der gefassten Resolutionen selbst wollen wir kein Urtheil abgeben und ziehen es vor, die Anträge und Beschlüsse einfach unsern Lesern zu unterbreiten.

Wir gehen zu den einzelnen Fragen über:

I. Differenzen der Form und Verbreitung von Hautkrankheiten in verschiedenen Gegenden von gleicher Civilisationsstufe. (Ref. Prof. James C. White aus Boston.)

Seine Anträge lauteten:

1. Gewisse noch dunkle Affectionen, deren Aetiologie wenig oder gar nicht bekannt ist, selbst in jenen Theilen Europas, auf welche sie vornehmlich beschränkt sind, sollen als in der amerikanischen Praxis nicht vorkommend betrachtet werden. Hieher gehören: Prurigo, Pellagra, Lichen ruber.
2. Gewisse Krankheiten, welche in directer Beziehung zu Armuth und Schmutz stehen, kommen in den vereinigten Staaten weniger häufig vor als in gewissen Theilen Europas. (Thierische Parasiten.)

3. Einige Hautkrankheiten von schwerem Charakter, welche von ernsten constitutionellen Störungen abhängen oder einen Theil derselben bilden, sind in den vereinigten Staaten weniger häufig und von milderem Auftreten als in Europa im Allgemeinen oder in jenen Theilen desselben, wo sie endemisch vorkommen. Lupus, die Syphilide der Haut und Lepra gehören hieher.
4. Gewisse Hautkrankheiten, insbesondere solche, welche unmittelbar mit den Drüsen und Nerven der Haut im Zusammenhang stehen, sind in den vereinigten Staaten überwiegender als in Europa. Hieher gehören in erster Beziehung insbesondere die Seborrhöe, Acne und vielleicht auch Hitzausschläge, andererseits Herpes, Urticaria und Pruritus.

Die Punkte wurden mit Ausnahme des Punktes 3 angenommen. Dem letzteren wurde folgende Fassung gegeben: Lupus vulgaris ist von milderer Form und weniger häufig als in Europa; Lepra ist nicht genügend studirt, um ein Urtheil über die Heftigkeit ihres Auftretens abzugeben; bezüglich der Hautsyphilide kann die Section der Behauptung des Ref. nicht zustimmen.

Zu Punkt 4 wurde folgendes Amendement angenommen: »Gewisse acute, congestive und Nervenkrankheiten der Haut sind in den vereinigten Staaten von schwererem Typus als auswärts.«

II. Sind Eczem und Psoriasis locale oder constitutionelle Erkrankungen? (Ref. Dr. Bulkley aus New-York.)

Die von der Section angenommenen Anträge lauten:

1. Eczem und Psoriasis sind Krankheiten sui generis und dürfen nicht mit anderen verwechselt werden, z. B. ersteres mit artificieller Hautentzündung, letztere mit Syphilis, Eczema squamosum und Lepra.
2. Eczem und Psoriasis können nicht zugleich localer und constitutioneller Natur sein, wohl aber können sie durch ein zweifaches Moment entstehen, ein prädisponirendes und ein reizendes.
3. Eczem und Psoriasis bieten in vielen Beziehungen mehr Aehnlichkeit mit constitutionellen als mit localen Erkrankungen.
4. Locale Veranlassungen spielen eine wichtige Rolle in der Aetiologie des Eczems, wahrscheinlicher Weise sind sie jedoch bei Psoriasis ohne Belang.

5. Die von mancher Seite angesprochenen, aber bisher nicht bewiesenen Beziehungen zwischen Psoriasis und Epitheliom müssen noch näher studirt werden; sie sind kein Beweis für die locale Natur der Psoriasis.
6. Zwischen Scrophulose einerseits und Eczem und Psoriasis andererseits ist bisher kein directer Causalnexus nachgewiesen worden.
7. Locale Behandlung ist oft bei beiden Krankheiten unzureichend und hindert oder verzögert Recidive nicht.
8. Die günstige Wirkung der Localbehandlung bei beiden beweist Nichts für die locale Natur derselben.
9. Die constitutionelle, d. i. nicht local applicirte Behandlung ist in einem Theil der Fälle von Eczem und Psoriasis im Stande, sie allein zu heilen und Recidive zu verhüten oder zu verzögern.
10. Das Schwergewicht der Gründe spricht für die constitutionelle und nicht locale Natur dieser Krankheiten.

III. Ueber das Gift des venerischen Geschwürs. Unität oder Dualität desselben. (Ref. Prof. Bumstead aus New-York.)

1. Das Virus venerischer Geschwüre ist ein zweifaches.
2. Venerische Geschwüre können einerseits durch Einimpfung des syphilitischen Virus, andererseits von einfachen Entzündungsproducten entstehen.
3. Beide Gifte können zugleich übertragen werden.

Punkt 1 und 3 wurden angenommen, Punkt 2 nur bis zum Worte »Virus« und folgender Zusatz beigefügt: Der gegenwärtige Stand der Wissenschaft geht dahin, dass entzündliche, eiternde Affecte, welche Cancroiden ähnlich sehen, an verschiedenen Körperstellen durch Einimpfung von einfachem Eiter verschiedenen Ursprunges hervorgebracht werden können.

IV. Behandlung der Syphilis mit besonderer Rücksicht auf die ihren verschiedenen Stadien entsprechenden constitutionellen Heilmittel, die Dauer ihrer Anwendung und die Frage ihres fortzusetzenden oder zu unterbrechenden Gebrauches. (Ref. Dr. Keyes aus New-York.)

1. Quecksilber ist ein Gegengift gegen das syphilitische Gift und geeignet, die Symptome der Syphilis in allen Stadien zu controlliren; am geringsten ist seine Wirkung gegen Gummata.
2. Quecksilber in kleinen Dosen wirkt tonisch.
3. Jod heilt gewisse Symptome der Syphilis, aber hindert Rückfälle nicht.

4. Quecksilber in kleinen Dosen, von den frühesten Eruptionen der Syphilis an ununterbrochen fortgebraucht, so lange es angeht, ist als das beste Mittel gegen Syphilis anzusehen.

Diese Propositionen fanden mit dem Bemerken, dass Punkt 4 mehr etwas Wünschenswerthes als etwas allgemein Durchführbares statuire, die Beistimmung der Versammlung.

Als Resultat der Zusammenkünfte amerikanischer Fachgenossen beim internationalen Congresse ist die Bildung einer »amerikanischen dermatologischen Gesellschaft« anzusehen, welche sich am 6. September 1876 in Philadelphia constituirte, jährliche Zusammenkünfte (die nächste 1877 in »Niagara-Falls«) festsetzte und folgendes Bureau für das erste Jahr erwählte: Präsident: Prof. White in Boston, Vicepräsidenten: Prof. Duhring in Philadelphia und Dr. R. W. Taylor in New-York, Secretär: Dr. L. D. Bulkley in New-York, Oeconom: Dr. J. N. Hyde in Chicago.

Wir begrüssen diese Vereinigung amerikanischer Collegen mit lebhafter Sympathie und hoffen von ihr wesentliche Förderung des Faches, wenn auch nicht auf dem parlamentarischen und Resolutionswege.

Die Redaction.

Debatte über Kuhpockenimpfung im Vereine deutscher Aerzte in Prag, eingeleitet durch Prof. Klebs.

(Theilweise nach der Prager med. Wochenschr. 1877.)

Prof. Klebs: Eine gute Lymphe muss 1. vollkommen klar, blassgelb sein und ein zartes Faserstoffgerinnsel enthalten. Indem das letztere gerade in der besten Lymphe sich sehr stark contrahirt, kann es die sämmtlichen übrigen körperlichen Bestandtheile der Lymphe so vollständig in sich einschliessen, dass die Wirksamkeit des Lymphserums hiedurch beeinträchtigt oder gleich Null wird. Mit der Lymphe muss daher aus dem Röhrchen durch Ausblasen unbedingt das Faserstoffgerinnsel mit entleert werden.

2. Gute Lymphe muss einen Brechungsexponenten von 1·345—1·355 haben. Derselbe ist leicht mittelst des Abbé'schen Refractometers festzustellen. Die Lymphe ist daher ebenso concentrirt wie pericardiale und Pleuraflüssigkeit. Ein stärkerer Brechungsexponent lässt den Zusatz stärker brechender Substanzen z. B. Glycerin oder Salicylsäure

erkennen. So zeigte eine mit Salicylsäure zur Conservirung versetzte Lymphe in einer Probe 1·375; in einer zweiten 1·395. Die erstere war trotzdem faulig geworden, hatte also einen nicht genügenden Salicylsäurezusatz erhalten.

3. Von zelligen Bestandtheilen dürfen nur spärliche weisse und rothe Blutkörperchen in der Lymphe vorhanden sein, die letzteren fehlen fast niemals und stellen ein werthvolles Zeichen für die Herkunft der Lymphe dar, indem an der verschiedenen Grösse derselben sich nachweisen lässt, ob die Lymphe vom Menschen oder vom Rinde abstammt.

4. In jeder Lymphe müssen Mikrococcen der von dem Vortragenden als Mikrosporon variolae oder vaccinae bezeichneten Schistomycete vorhanden sein und zwar dürfen diese Körper nur in geringer Menge gefunden werden, entweder vollkommen in dem Gerinnsel eingeschlossen oder auch in kleinen, unregelmässig gestalteten Gruppen in der Flüssigkeit vertheilt. In manchen Formen der Lymphe, welche sich als durchaus wirksam erwiesen haben, finden sich auch grössere Mikrococcenballen, welche höchstens mit den septischen Mikrococcen verwechselt werden können. Bei genauerer Betrachtung und Messung unter der Anwendung stärkerer Vergrösserungen (600—800) ist auch hier die Differentialdiagnose leicht. Der Durchmesser eines solchen Körnchens beträgt durchschnittlich 1·2 μ, während derjenige der septischen Mikrococcen unter 1 μ bleibt. Ferner aber vermissen wir bei reichlicher Anwesenheit der Mikrococcen, namentlich in der Umgebung der Ballen niemals die Anwesenheit von Ketten von Mikrococcen, die gewöhnlich mehrfache Verzweigungen bilden, oft vielfach durcheinander geknäuelt sich vorfinden, eine Erscheinung, welche bei dem Mikrosporum septicum niemals vorkommt und höchstens verwechselt werden kann mit ruhenden Ketten, welche bei den monadistischen, namentlich erysipelatösen Processen vorhanden sind. Allein von den letzteren ist die Unterscheidung deshalb leicht, weil bei Berührung mit Luft die in erysipelatösen Flüssigkeiten enthaltenen Stäbchen, Ketten und Kügelchen stets lebhafte Bewegungen zeigen. Das Mikrosporon vaccinae, ebenso wie das Mikrosporon septicum zeigt diese Bewegungserscheinungen nur in äusserst vorübergehender Weise. Bei diesen herrschen unbedingt die ruhenden Formen vor.

Gegenüber der Behauptung von Hiller, dass nur bisweilen Mikrococcen in der Schutzpocken-Lymphe vorkommen (siehe diese Viertelj. 1876 pag. 427; Red.), kann Vortr. nur anführen, dass dieselben nach

der Untersuchung vieler Hunderte von Röhrchen von verschiedenen Provenienzen, z. B. auch von Dr. Pissin in Berlin, in keinem einzigen Falle vermisst wurden.

Prof. Pick: Wir sind noch nicht so weit, um ausschliesslich originäre Lymphe benützen zu können, und werden voraussichtlich noch lange der humanisirten Lymphe nicht entrathen können. P. wiederholt daher seinen schon 1869 gemachten Vorschlag, 8—10jährige Revaccinirte zur Gewinnung der Impflymphe zu verwenden. Die Vaccinsyphilis ist eine wohl constatirte Thatsache und auch eine nicht allzu seltene Erscheinung. Gerade in den beststudirten Fällen von Impfsyphilis war das Kind, das als Stammimpfling verwendet wurde, zur Zeit der Abimpfung von solchen Zeichen absolut frei und anscheinend vollkommen gesund. Es handelt sich um Fälle mit latenter Syphilis. Dass aber die hereditäre Syphilis der Kinder über das erste Jahr hinaus latent bleiben kann, unterliege keinem Zweifel mehr, ebenso sicher ist, dass ein Kind wenigstens zur Zeit der Impfung von Symptomen der Syphilis frei sein kann und doch mit der Krankheit behaftet ist. Anderseits ist es klar, dass wir den Säuglingen und den Kindern unter einem Jahre den Schutz der Impfung nicht versagen dürfen, dass wir namentlich zur Zeit einer Epidemie solche Kinder so früh als möglich impfen müssen, weil sie im Erkrankungsfalle unendlich mehr als ältere, kräftigere Individuen von dem tödtlichen Ausgange bedroht sind. 8—10jährige Stammimpflinge (mit originärer Kuhpockenlymphe geimpft) bieten bezüglich der Beurtheilung ihres Gesundheitszustandes ausgiebige Garantien, jedenfalls wird der Arzt im Stande sein, eine Erkrankung an Syphilis auszuschliessen. Wenn P. richtig gehört hat, hat Klebs angegeben, dass er in jeder guten Lymphe fast immer weisse und rothe Blutkörperchen gefunden hat.

Prof. Klebs: Fast ausnahmslos habe ich Blutkörperchen gefunden.

Prof. Pick: Daraus und aus vielen anderen Gründen folge, dass einerseits die Theorie von Viennois bezüglich der Uebertragung von Impfsyphilis nicht stichhaltig ist und anderseits, dass wir kein Kriterium besitzen, um die inficirende Vaccinlymphe eines Syphilitischen von der nichtinficirenden zu unterscheiden. Bekanntlich hat Viennois den Satz aufgestellt, dass die Lymphe aus der Vaccinpustel eines Syphilitischen nur dann mit Syphilis inficire, wenn derselben Blut des Syphilitischen beigemischt war. Es sollte daraus der Umstand erklärt

werden, dass von einem und demselben syphilitischen Stammimpfling einige Individuen durch die Impfung Syphilis bekamen, andere nicht. Im ersteren Falle sollte Blut mitgeimpft worden sein, im letzteren nicht Ferner geht daraus hervor, dass sich der Impfarzt nicht damit beruhigen darf, bei der Abimpfung keine makroskopisch sichtbare Blutmenge mitgeimpft zu haben.

Prof. v. Ritter: Was die Disposition des ersten Lebensjahres anbelangt, darf man den Satz nicht so allgemein hinstellen, dass die Kinder im ersten Lebensjahre grössere Disposition zur Erkrankung an Variola haben, sondern es gibt da sogar eine Periode und zwar jene der ersten Wochen, vielleicht sogar der ersten zwei Monate nach der Geburt, wo die Disposition für die Variola, wie noch länger für Morbillen und die Scarlatina eine geringere ist. Den Rath Prof. Pick's, so zeitlich als möglich zu impfen, möchte R. als eine Versündigung am Kinde ansehen, da der Schutz, den man gewährt, mit den Gefahren der frühzeitigen Impfung gar nicht zu vergleichen sei. Für schwächere Kinder sollte es als Regel gelten, nicht vor dem vierten Lebensmonate zu impfen. In einem späteren Alter entwickeln sich auch die Pusteln viel besser und der ganze Process wird viel leichter ertragen. Noch viel wichtiger aber ist es, dass man nicht zu junge Kinder zum Abimpfen benutzt. Ich bin zwar nicht der Ansicht, dass die Latenz der hereditären Syphilis eine so lange sein könne, wie dies Viele annehmen, und ich glaube, dass man durch Nichtbeachtung der mannigfachen Wege, auf denen dieselbe auch von kleinen Kindern acquirirt werden kann, zu der Annahme einer ungebührlich langen Latenzperiode verleitet wurde, obwohl die Latescenz in den ersten Lebensmonaten bei ziemlich gutem Aussehen, gut entwickeltem Fettpolster u. s. w. bestehen kann. Ein Theil der Gefahr dürfte daher nach meiner Ansicht wegfallen, wenn man sich darauf beschränkte, Kinder nicht vor dem 4. Monate zu impfen und zum Abimpfen nur Kinder von 6—9 Monaten zu nehmen. Das Gelingen der Impfung, das Haften mehrerer Impfstiche ist aber keine Nebensache, da es bekannt ist, dass die Dauer des Schutzes im geraden Verhältnisse zu der Zahl der Impfnarben, also der regelmässig verlaufenen Impfpusteln steht. Was das Blut in der Lymphe betrifft, so dürfte es davon abhängen, dass man am 5. oder 6. Tage schon abimpft, wo der flüssige Inhalt der Pustel spärlich ist, so dass man leicht Blut mitbekommt. Je jünger das Kind ist, um so leichter bekommt man blutige Lymphe. Auch

glaube ich nicht, dass die Gefahr der Uebertragung der Syphilis bei Abnahme der Lymphe von Revaccinirten ausgeschlossen sei.

Prof. Klebs: Die Frage, ob die Syphilis bei kleinen Kindern durch Heredität oder Acquisition auftritt, ist gar nicht zu entscheiden. Es kommen Fälle von visceraler Syphilis im jugendlichen Alter vor, bei denen ausdrücklich bemerkt wird, dass keine Erkrankung des Kindes beobachtet wurde und dass keine Veränderungen an der Körperoberfläche aufgetreten waren. Es können so lange Latenzperioden der Syphilis im jugendlichen Alter vorkommen, dass man nie vor der Anwesenheit derselben sicher sein kann. Ich glaube auch nicht, dass die Abimpfung von Syphilitischen immer schädlich ist. Für unsern Fall ziehe ich daraus nur den Schluss, dass in keiner Lebensperiode mit Sicherheit latente Syphilis auszuschliessen ist. Ob das im 10. Lebensjahre möglich, mag ich nicht behaupten; wenn dies aber nicht ist, dann möchte ich nochmals die Frage aufwerfen, ob es denn so unmöglich ist, uns mit Thierlymphe zu versehen. Ich gebe zu, dass es nicht immer möglich ist, die Menschenlymphe ganz auszuschliessen, ich möchte es aber als meine persönliche Ueberzeugung aussprechen, dass auch bei noch so sorgsam gesammelter Lymphe Syphilisübertragung stattfinden könne, ohne dass den Arzt hier eine Schuld zu treffen braucht. Das einzige Mittel, auch die entfernteste Möglichkeit zu verhüten, ist die Abimpfung von Thieren. Daher wünschte ich, dass unser Verein mit dem Verein czechischer Aerzte beim Stadtverordnetencollegium diese Frage weiter betreibe.

Prof. Pick: Prof. Ritter hat die Ansicht ausgesprochen, dass Kinder im ersten Lebensjahre für Variola weniger empfänglich sind. Ich weiss nicht, ob sich die Sache so verhält; mir stehen darüber keine Daten zur Verfügung. Ich habe auch nicht behauptet, dass sie dafür empfänglicher sind, sondern nur, dass das Vorkommen der Variola im 1. Lebensjahre, ja selbst im fötalen Leben die Disposition dazu nicht bezweifeln lässt. Ich behauptete ferner, dass, wenn solche Kinder einmal an Variola erkranken, sie gewöhnlich auch zu Grunde gehen, und dass, wenn einmal die Gefahr für sie so gross ist, man sie davor schützen, und da die Gefahr um so grösser ist, je jünger sie sind, man sie auch so früh als möglich impfen müsse. Der Hinweis auf die seltenere Erkrankung der Säuglinge auch an Morbillen ist nicht stichhaltig. Wenn Säuglinge seltener an Morbillen erkranken, so folgt daraus noch nicht, dass sie dafür

weniger empfänglich sind, es erklärt sich dieses, wie schon vielfach darauf hingewiesen wurde, vielleicht daraus, dass sie sich meist in Gesellschaft Erwachsener, also schon Durchseuchter befinden und daher der Ansteckung weniger ausgesetzt sind, als später, wo sie sich mehr in Gesellschaft von Kindern aufhalten. Es ist mir aber ganz unverständlich, wie man die Gefahren der Impfung bei Säuglingen höher anschlagen kann, als ihre eventuelle Erkrankung an Variola und die frühzeitige Impfung also geradezu als eine Versündigung am Kinde bezeichnen kann. Was die Latenz der Syphilis anbelangt, muss ich nochmals sagen, dass diese thatsächlich über das erste Jahr hinaus stattfindet, daher ein Abimpfen von Kindern im ersten Jahr nicht anzurathen wäre. Der Redner spricht sich schliesslich ganz entschieden gegen die Verwendung der Findelanstalten als Impf-Institute aus und befürwortet die Revaccination.

San.-Chef Dr. Bernstein: In der Garnison werden alle Recruten der Revaccination unterzogen. Einzelne werden ausgesucht und mit der Lymphe aus Phiolen aus der hiesigen Findelanstalt geimpft und dann als Stammimpflinge für die anderen benützt. Mir ist da nie ein Fall von Uebertragung von Syphilis vorgekommen, trotzdem hier die Auswahl der Stammimpflinge nie die sorgfältigste sein kann.

Reg.-Arzt Dr. Deutsch theilt noch mit, dass bei den Revaccinationen in diesem Jahre 37 % Haftung erzielt wurden.

Es wird hierauf beschlossen, bei der Stadtvertretung die Errichtung einer Anstalt zur Gewinnung von originärer Kuhpockenlymphe zu betreiben und die Angelegenheit der Sanitäts - Section des Vereines zugewiesen.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Dermatologie.

---

1. **van Harlingen.** Zur Pathologie der Epithelien. (Amer. Journ. of med. sc. 1876. Juli.)
2. **Ellinger.** Sandabreibungen bei Hautkrankheiten. (Wiener med. Wochenschr. 1876, Nr. 45.)
3. **Bardenheuer.** Indicationen zur Anwendung des scharfen Löffels. (Cöln 1877, Broch.)
4. **Campana.** Der Schablöffel bei Hautkrankheiten. (Broch. 1876.)
5. **Wigglesworth.** Die Hautcurette. (The Boston med. and surg. Journ. 1876.)
6. **Aubert.** Ueber das Schaben bei Hautkrankheiten. (Lyon méd. 9. April 1876.)
7. **Bronson.** Referat über die Schabmethode (in Amer. Arch. of Dermatol. 1876, p. 331 u. 332).
8. **Haderup.** Lupusbehandlung mit dem Schablöffel. (Ugeskrift for Laeger, 3. Roekke 20, Nr. 9. 1876.)
9. **Gamberini.** Naevus vasculosus, mit dem Schablöffel behandelt. (Giorn. Ital. delle Mal. ven. Jahrg. 11., 1876, p. 288.)
10. **Aubert** und **Valla.** Beobachtungen von Krankheiten, die mit der Schabmethode behandelt wurden. (Lyon. méd., 30. Juli 1876.)
11. **Molinari.** Behandlung von Haut- und venerischen Krankheiten durch Schaben. (Gaz. med. Ital. Lomb. Nr. 32, 1875.)
12. **Schwimmer.** Ueber den Heilwerth der Salicylsäure bei acuten Exanthemen. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 34, 35, 36. 1876.)

13. **Marchand.** Incubation von Variola und Scarlatina. (Berl. klin. Wochensch. 1876, Nr. 28.)

14. **Creighton.** Ueber die Schafpocke. (Nach einer Notiz in Deutsch. med. Wochenschr. 1876, 45.)

15. **Unna.** Ueber den Sitz der Pocke in der Epidermis und die ersten Stadien des Pockenprocesses. (Virchow's Archiv Bd. 69, 1877.)

16. **Ivanowsky.** Die parasitären Knoten in den Lungen bei Variola. (Ctlbl. f. d. med. Wissensch. 1876, 45).

17. **Völckers.** Ueber Vaccine-Lymphe und ihre Aufbewahrung (Eulenburg Viertelj. Bd. 24. 2. H. 1876.)

18. **Fickert.** Acute hämorrhagische Diathese nach Impfung der Schutzpocken. (Deutsch. med. Wochensch. 1876, 40.)

19. **Sinnhold.** Erfahrungen über vaccinales Früh-Erysipel. (Jahrb. f. Kinderheilk., 9. B. 4. H. 1876.)

20. **Meinert.** Mehrere, zum Theil tödtlich verlaufene Fälle von Erysipelas bullosum nach der Impfung. **Börner:** Nachschrift hiezu. (Deutsch. med. Wochensch. 1876, 35.)

van Harlingen (**1**) hat die Beschaffenheit der Schuppen bei Hautkrankheiten studirt und gefunden, dass bei Seborrhoea capitis sich die Zellen stärker färbten, ihr Durchmesser grösser, der Inhalt weniger gekörnt, die Zellengrenzen schärfer, der Zellkern grösser und deutlicher war, als bei Seb. des Körpers. — Bei Psoriasis sind die Schuppen gelblicher als bei Seborrhöe, sie sind trockener, zerreibbarer, niemals verfettet, meist kernlos. — Bei Eczem sind die Zellen transparent, ohne fettigen Inhalt, sonst kernlos; die Zellgrenzen sind unregelmässig. Vf. nimmt an, dass Psoriasis mehr die oberflächlichsten Zellschichten, Eczem tiefere Lagen betrifft, während die Seborrhöezellen aus den Talgdrüsen stammen. (? A.)

In Betreff der sämmtlich die mechanische Behandlung der Hautkrankheiten betreffenden Arbeiten (**2** — **9**) verweisen wir auf die in dieser Vierteljahresschr. 1876 p. 562 ff. enthaltene Arbeit von Auspitz.

Seit dem Erscheinen der letzteren sind dem Ref. neuerdings über denselben Gegenstand zwei Abhandlungen bekannt worden, und zwar von Aubert und Valla (**10**) sechs Beobachtungen von scrophulösen und lupösen Wucherungen, die mit dem Schablöffel

ausgekratzt wurden, jedoch weiter keinen Anhaltspunkt für die Erörterung bieten. Die Verf. halten die Anästhesirung der Kranken nicht immer für nothwendig; das Cauterisiren nachher oft für angezeigt, um die letzten Reste krankhafter lupöser Partien zu entfernen. Aubert fügt hinzu, dass er bei Halsdrüsengeschwülsten (wie z. B. im 6. Falle) durch Auslöffeln von erkrankter Drüsenmasse, von käsigen Partikeln, welche Fistelgänge verstopfen oder das Anlegen der Wände verhindern, gute Erfolge erziele.

Molinari (**11**) erzählt ebenfalls 5 Krankheitsfälle mit Auslöffelung 1. von Eczema faciei bei einem 4jährigen Kinde (!), 2. von einer Wunde der Hand nach einer Frostbeule (!) bei einem 7jährigen Kinde, 3. u. 4. von syphilitischen Vegetationen circa anum und am Scrotum, 5. von einer Wunde am Bein nach einem Schlage, die sämmtlich durch das Ausschaben geheilt wurden.

Schwimmer fasst (**12**) sein Gesammturtheil über den Werth der Salicylsäurebehandlung bei acuten Exanthemen dahin zusammen, dass sowie die Salicylsäure bei Pockenkranken als Antisepticum und auch als Antipyreticum sich ganz ohne Einfluss auf den Verlauf des Leidens zu verhalten scheint, es nicht unwahrscheinlich sei, dass sie bei anderen, nicht eben milden, sondern auch mittelschweren acuten Exanthemen (Morbill. und Scarl.) von günstigem Einflusse sein dürfte. Inwiefern diese letztere Eigenschaft auch bei ähnlichen schweren Krankheitsformen sich bewähre, bleibt nach dem Vf. einer weiteren vourtheilsfreien Forschung überlassen.

Ein Scharlachkranker Marchand's (**13**), welcher 24 Stunden lang mit einem Pockenkranken zusammengelegen hatte, erkrankte nach Ablauf des 10. Tages an Variola, so dass die Incubationsdauer in diesem Fall genau 10—24 Stunden betragen hatte. Bei einem andern Kranken betrug die Incubation der Scarlatina genau 3 Tage.

Creighton soll (**14**) den Nachweis geliefert haben, dass die von Klein (Vgl. diese Vierteljahresschr. 1876, pag. 76) in den Geweben von an Pocken erkrankten Schafen gefundenen Micrococcusformen nur geronnenes Eiweiss und Präparationsresultate gewesen seien.

Unna (**15**) untersuchte grössere Hautstücke von den Plantae pedum einer frischen Pockenleiche.

Er bezeichnet das erste Stadium der Pockenbildung als das der Hypertrophie oder der entzündlichen Schwellung. Es erschienen die jüngeren Schichten der Epidermis und von den älteren die unterste, das Stratum lucidum, in erheblichem Grade geschwellt und aufgelockert. Die normal unkenntlichen Zellcontouren treten deutlich hervor, der Kernrest nimmt wieder Färbung an; ja, es scheint eine Regeneration des Kernes einzutreten, da einzelne der nach jeder Richtung geschwellten hellen Zellen kleine, ganz runde und sehr stark tingirte Kerne besitzen.

Die Vergrösserung des Rete und der basalen Hornschicht bewirkt schon jetzt eine papulöse Erhebung der Hautoberfläche. Von der Mächtigkeit der intacten, abgestorbenen Hornzellenlagen allein hängt es ab, ob bei weiterer Vergrösserung der Pocke dieselbe in gleichem Masse über das Hautniveau emporsteigt, oder sich mehr in die Tiefe vergräbt, indem sie die Cutis vor sich her ausbuchtet.

Diese weitere Vergrösserung der Pocke aber wird bald von der basalen Hornschicht (dem Stratum lucidum) allein geleistet. Das Stratum lucidum verwandelt sich durch enorme Schwellung aller seiner Zellen in einen sehr hellen, durchsichtigen Körper von Gestalt einer biconvexen Linse; Verf. will ihn den „Pockenkörper“ nennen. Er ist der wichtigste Theil der Pocke, der Hauptsitz aller späteren Veränderungen.

Das zweite Stadium des Pockenprocesses lässt sich definiren als das der Bildung der Pockenhöhle. Verf. schliesst sich hier der ältesten Beschreibung von Auspitz und Basch an, doch versetzt er den Sitz des Zerfalles und der Compression ausschliesslich in den „Pockenkörper“, dessen unterer Theil überdies durch sich bildendes junges Bindegewebe zerklüftet werden soll, welches vom Papillarkörper aus sich in den Pockenkörper einstülpt.

Die „diphtheroiden, kernlosen Herde“ Weigert's, welche stets im unteren Theile der Stachelschicht vorkommen sollen, hat Verf. in einem seiner Fälle und nur vereinzelt angetroffen und kann unmöglich zugeben, dass dieselben zur Genese der Pockenpustel in einer nothwendigen Beziehung stehen. Er hält es für nicht unwahrscheinlich, dass die ausgebreiteten „diphtheroiden Herde“ Weigert's, welche vor ihm noch kein Forscher gesehen hatte, diese acuteste Nekrose schon der unteren Stachelschicht als ein individueller Zuwachs jener bösartigen Epidemie, in welcher sie W. ausschliesslich beobachtet hat, sich herausstellen mögen. Zu diesem Glauben verleitet Verf. insbesondere der Umstand,

dass er an einigen Schnitten mitten im Pockenkörper an Stellen, wo er topographisch die Anfänge des körnigen Zerfalles vermuthen durfte, statt dessen kernlose Herde von geschwellten Hornzellen traf, welche den Herden Weigert's in der Tiefe der Stachelschicht genau entsprechen, wodurch ihm die Verwandtschaft, vielleicht nur graduelle Verschiedenheit beider Processe einleuchtete.

Bei 14 Leichenöffnungen von an Variola in den 3 letzten Jahren Gestorbenen fand Jvanowsky (**16**) 8 Mal in den Lungen kleine disseminirte Knoten, welche den Herden von acuter katarrhalischer Pneumonie ähnlich waren. Diese Knoten, welche in nicht grosser Menge vorzüglich in den beiden unteren Lungenlappen beobachtet wurden, sind fest, von rother oder grauer Farbe, nicht grösser als eine Erbse. Die mikroskopische Untersuchung der rothen Knoten zeigte, dass die Lungenalveolen mit, den weissen Blutkörperchen ähnlichen, in einem dichten Netze von geronnenem Faserstoff liegenden Zellen gefüllt waren. Ausser diesen Elementen wurde in vielen Lungenalveolen eine grosse Menge rother Blutkörperchen bemerkt; ziemlich oft sah man auch grosse, runde oder polygonale Zellen mit trübem, körnigem Protoplasma — das abgefallene und degenerirende Epithel. Die Capillargefässe der Alveolen sind stark ausgedehnt und mit Blut gefüllt. In dem Bindegewebe sind um die Gefässe in grösserer oder kleinerer Menge zerstreute Zellen zu bemerken.

In den grauen Herden waren die feinen Blutgefässe meistens leer, die Alveolen waren ebenso wie in den rothen Knoten mit Exsudat dicht gefüllt, dagegen wurden in den Zellenelementen deutliche Zeichen von regressiven Veränderungen bemerkt. Die Zellen erschienen nämlich trübe, körnig, mit undeutlichem Contour und enthielten viele Fettkörnchen; zwischen den Zellen befand sich statt fibrinöser Netze eine feinkörnige Masse — das Produkt des Faserstoffzerfalles. Es fanden sich ausserdem noch andere Alveolen vor, welche ausschliesslich mit feinkörnigem Zerfall, fast ohne Spuren von Zellenelementen gefüllt waren. Mit Hilfe mikrochemischer Reactionen konnte man sich überzeugen, dass der Zerfall aus Albumin und Pigmentkörnchen und feinsten Fetttröpfchen bestand. — In dem übrigen Lungengewebe, ausser den Knoten, waren nur die grösseren oder kleineren Grade des Oedems und Hyperämie zu bemerken; in manchen Alveolen fanden sich abfallende und körnig entartete Epithelzellen.

Das beschriebene Bild der herdartigen Exsudation und Granulationsentzündung des Lungengewebes wurde an allen denjenigen mikroskopischen Präparaten bemerkt, welche aus den peripherischen Theilen der Knoten genommen waren. In den centralen Theilen der Knoten konnte man inmitten der mit Exsudat verstopften Alveolen solche finden, welche mit sehr feinen, gleichförmigen, ziemlich stark lichtbrechenden Kügelchen gefüllt waren, welche entweder ohne jede Ordnung eng an einander gedrängt waren, oder auch zuweilen sich in einfachen Reihen in Form von kurzen Ketten lagerten. Diese Gebilde füllten entweder die ganze Alveole aus oder nahmen nur den centralen Theil ein, während an der Peripherie sich die Granulationszellen und die rothen Blutkörperchen befanden. Die eben beschriebenen feinen Kügelchen wurden sowohl in den rothen als auch in den grauen Knoten beobachtet. In den letzteren sind sie besonders scharf bei der Behandlung mit Essigsäure sichtbar. Es löst sich nämlich der grösste Theil der feinkörnigen Produkte des Exsudatzerfalls auf; dabei verändern sich nicht die Gruppen der besagten Kügelchen. Aether, Aetzlaugen und andere gewöhnliche Reagentien übten ebenso wie Essigsäure keine bemerkbaren Veränderungen aus. Indifferent auch verhielten sich die Kügelchengruppen zu färbenden Substanzen, Jod ausgenommen, welches sie dunkelroth oder lichtblau färbte. Alles dies bestimmt den Vf., diese Gebilde für Haufen niedriger pflanzlicher Organismen zu halten, und zwar für Micrococcus-Colonien, identisch mit den von Cohn, Hallier, Klebs, Weigert, Zülzer u. A. in der Pockenlymphe, in der Haut und in den inneren Organen gesehenen (Micrococcus Variolae).

Die Füllung der Alveolen mit Exsudat, die Granulationsinfiltration und die Extravasate hält J. für reactive entzündliche Erscheinungen in der Umgebung von parasitären Herden. Die Anwesenheit von Parasiten in den Höhlungen der Alveolen, aber nicht in dem Lungengewebe selbst lässt denken, dass sie dahin von aussen durch Einathmen von pockengifttragender Luft eingebracht wurden; dann würden die beschriebenen Knoten primitive Infectionsherde darstellen und zwar ganz den Pusteln ähnliche, welche durch die Pockenimpfung auf der Haut hervorgebracht werden.

Völckers (**17**) hält nach zwölfjähriger Erfahrung es als ein sicheres Erkennungszeichen wirksamer Lymphe, wenn sich

in derselben ein geschlängelter Faden (Faserstoff) befindet. So lange dies der Fall, verhält sich die Lymphe ganz so, wie Lymphe von Arm zu Arm. Ist der Faden in der aus dem Röhrchen ausgeblasenen Lymphe nicht vorhanden, so ist dies ein Zeichen, dass der Faserstoff zerfallen und Zersetzung (Fäulniss) der Lymphe eingetreten sei. Solche Lymphe sei natürlich ganz wirkungslos.

Am 11. Mai 1876 wurden in Frankenberg in Sachsen 25 Kinder behufs Gewinnung regenerirter Lymphe von einem 14 Wochen alten Kalbe geimpft, welches sammt Mutterstück vom Thierarzt für gesund befunden worden war. Sämmtliche Impfungen waren vom besten Erfolge begleitet und zeigten die Pusteln am 7. Tage eine schöne helle Farbe mit einem sehr geringen Halo. Von der unter diesen 25 Kindern mit inbegriffenen 4jährigen gesunden Schuhmachers-Tochter Martha H. wurde am 18. Mai auf Wunsch der Mutter der 6jährige Arthur H. geimpft. Dieselbe war bei dem Anstechen der Pusteln sehr ungeberdig und wurde nur so viel Lymphe entnommen, als für den Bruder ausreichte. Am 24. Mai erschien Frau H. mit ihrem geimpften Sohne Arthur und bat den Vf. Dr. Fickert (**18**) um Hülfe, da die Kuhpocken ganz schwarz aussähen, auch schwarze Punkte auf der Haut aufgetreten seien.

Auf beiden Oberarmen zeigten sich an den zu je 3 gemachten Impfschnitten in der Entwicklung dem 6. Tage entsprechende reichliche Vaccinepusteln von ganz dunkelblaurother Farbe, eine aufgekratzte Pustel liess missfarbiges dunkles Serum hervorquellen. Die Umgebung war stark blauroth in der Ausdehnung von $1^1/_2$ Ctm. sugillirt. Die Haut des ganzen Körpers zeigte stecknadelkopf- bis gurkenkerngrosse tintenschwarze Petechien. Frei hiervon erschienen nur die Handteller und Fusssohlen. Das Gesicht, der behaarte Theil des Kopfes, die Ohrmuscheln und die Oberschenkel zeigten diese Petechien besonders zahlreich. Das Allgemeinbefinden des Kindes war mässig gestört, leichte Fieberbewegung, etwas Mattigkeit und Appetitverlust waren vorhanden, liessen sich aber vollständig aus dem Kuhpockenfieber erklären. Es wurde örtlich Aq. Plumbi mit Spiritus camphoratus und innerlich Elix. acid. Halleri verordnet.

Am 25. Mai hatten sich die Petechien vermehrt, auf der Bindehaut des rechten unteren Augenlids zeigte sich ebenfalls eine Petechie, anhaltendes Nasenbluten hatte stattgefunden und der Mund war mit

blutigem Speichel gefüllt. Das Zahnfleisch livid, Submaxillardrüse rechts geschwollen. Die Kuhpocken hatten sich etwas vergrössert, ebenso der sugillirte Hof. An beiden Ellbogen, namentlich links, bildete sich eine weiche, ödematöse Geschwulst, welche ebenfalls sugillirt und blutunterlaufen war. Das Allgemeinbefinden war befriedigend. Der Knabe ging in der Stube umher und versagte die Nahrung nicht ganz. Am 26. Mai hatte die Geschwulst am linken Ellbogen stark zugenommen, jedoch zeigte die sugillirte Umgebung um die Vaccine-Pusteln keine Zunahme. Am 27. Mai war dieser Hof und auch die Geschwulst am Ellbogen im deutlichen Abnehmen begriffen, die blutige Beschaffenheit des Speichels hatte sich verloren, ebenso die livide Färbung des Zahnfleisches. Der Knabe zeigte sich etwas munterer. Die Impfpusteln hatten einen regelmässigen Verlauf, blieben aber dunkelblauroth gefärbt. Am 30. Mai war der Knabe spielend auf der Strasse angetroffen worden und befand sich wieder ganz wohl. Die Petechien erschienen blass und waren die kleineren bereits durch Abblassen verschwunden. Die Impfpusteln waren bereits vertrocknet und zu schwarzen Borken verschrumpft, eine solche Borke war abgefallen und darunter zeigte sich eine normale Impfnarbe. Die Umgebung der Pusteln war bedeutend abgeblasst, die Geschwulst am Ellbogen gefallen und die Sugillation ebenfalls abgeblasst und in's Gelbliche und Bläuliche spielend.

Der Knabe war angeblich immer mit hartnäckigen Haut- und Drüsenkrankheiten geplagt. Besonders soll er ebenso wie ein älterer Bruder an schwer zu stillendem Nasenbluten leiden, auch kleine Hautabschilferungen und sonstige Verletzungen bluten lange nach. Narben von Verschwärungen sind an der Innenseite des rechten Oberschenkels zu bemerken. Beim Impfen bluteten die seichten Impfschnitte längere Zeit fort. Der Knabe scheint nach alledem ein Hämophile zu sein und die habituelle hämorrhagische Diathese hat sich durch das Impfen zu einer Exacerbation gesteigert.

Zwei Tage nachdem vom linken Arme eines gesunden, kräftigen Kindes auf 6 gesunde Säuglinge abgeimpft worden war, fand Sinnhold (**19**) am rechten Arme des Stammimpflings ein umschriebenes Späterysipel, welches nach einigen Tagen abgelaufen war und das Allgemeinbefinden des Kindes kaum alterirt hat.

Von den 6 Nachimpflingen blieben zwei gesund, bei allen entwickelten sich an allen Impfschnitten in fast ganz normaler Weise

Pusteln. Bei 4 von den Nachimpflingen aber ausserdem schon am 21. Juni ein Früh-Erysipel, bei 2 beschränkte sich das Erysipel auf beide Oberarme, das Fieber war mässig und der erysipelatöse Process war nach 10 Tagen beendet.

Beim 3. Kinde, welches schon 14 Stunden nach der Impfung heftig fieberte, breitete sich das Erysipel unter schweren Allgemeinerscheinungen, heftigem Fieber, häufigen Convulsionen rasch aus, nahm den Charakter eines Wander-Erysipels an, welches recidivirte, so dass der ganze Process mehr als drei Wochen dauerte. Das Kind genas.

Bei dem 4. Kinde endlich hatte die Erkrankung, welche mit schweren Collapserscheinungen begann, einen sehr bedenklichen Charakter; heftige Convulsionen, Bewusstlosigkeit, Puls kaum fühlbar, Haut leichenblass, beide Arme hochgradig ödematös, reichlich bedeckt mit dunkelblau-schwarzen Sugillationen. Vf. vergleicht den Fall mit dem eines von ihm beobachteten Erysipels nach dem Bisse einer Kreuzotter.

Folgende Erkrankungsfälle, welche Meinert bekannt macht (**20**) ereigneten sich im Sommer 1875 im Städtchen Radeberg bei Dresden. Die von Erysipel betroffenen Kinder waren sämmtlich — und, wie die Impfscheine besagen, mit Erfolg — im öffentlichen Impflocal vom Impfarzt, Dr. Dommer, geimpft worden, eins am 9. Juni, vier am 26. Juni und eins am 3. Juli.

1. Auguste Selma Kuneth, 18 Monate alt, seither gesund, wurde am 9. Juni geimpft. Am 5. oder 6. Tage waren auf beiden, stark gerötheten Oberarmen um deutliche Impfpusteln herum eine Anzahl Blasen bis zur Grösse eines Pfennigs sichtbar, doch bereits in einigen Tagen wieder verschwunden. Hitze, Diarrhöe. Erbrechen. Entzündung der Oberarme und Fieber dauerten fort bis zum Tode am 13. Tage.

2. Auguste Anna Sickert, 18 Monate alt, seither gesund, wurde am 26. Juni geimpft. Am 3. T. um die Impfknötchen herum auf beiden gerötheten Oberarmen einige Blasen bis zur Grösse eines Pfennigs. Heftiges Fieber bis zum 10. oder 11. T., wo ein spärlicher, blatternartiger Ausschlag über den ganzen Körper ausbrach. Das Kind wurde von Dr. Dommer behandelt und genas.

3. Hermann Schwipps, 15. M. alt, seither gesund, wurde am 26. Juni geimpft, unmittelbar nach Nr. 2. Stürmische Entwicklung der Impfpocken, welche am 5. T. auf beiden Armen zu je einem thaler-

grossen Geschwür confluiren und am 7. T. bei starker Röthung der Oberarme von Blasen umgeben sind. Die Röthe, verbunden mit einem dichten pustulösen Ausschlag, hat sich am 8. T. über Brust, Rücken, Stirn und Nase verbreitet. Gegen den 10. T. sind die Pusteln sämmtlich aufgegangen und hinterlassen grosse wunde Hautflächen, welche sich in der Folge mit dicken Krusten bedecken. Ca. am 14. T., bis wohin heftiges Fieber bestand, Schwellung der unteren Extremitäten. Am 23. T. fand Vf. den Körper des Kindes fast durchgängig mit bis liniendicken gelblichen Borken bedeckt, am 31. T. die Desquamation beendet bis auf den noch dicht mit Borken bedeckten behaarten Theil des Kopfes, im Gesicht einige Acnepusteln, hinter dem linken Ohr einen kirschgrossen Furunkel und auf jedem Oberarm eine thalergrosse flache Narbe.

4. Lina Auguste Sigmund, 6. M. alt, seither gesund (bis auf 4 Wochen vorher aufgetretene Zahnungsbeschwerden, bei welchen man Dr. Dommer consultirte), wurde am 26. Juni geimpft, unmittelbar nach Nr. 3. Am 7. T. (Revision) auf beiden stark gerötheten Oberarmen um die Impfpusteln herum einige Blasen, welche sich noch selbigen Tags entleerten. Am 8. T. um die Nase herum auf gerötheter Haut zahlreiche bald confluirende Blasen. Am 9. T. dieselbe Erscheinung auf Hals und Brust. Als das Kind aus dem Bett gehoben wurde, blieb die Oberhaut des Rückens an der Unterlage hängen, eine einzige wunde Fläche hinterlassend. Am 10. T. Verbreitung der Röthe und der confluirenden Blasen über die Beine; in den Kniekehlen hingen die Blasen wie Beutel herab. Nachdem vom 7. T. an beständig grosse Hitze und Unruhe vorhanden gewesen war, trat am 10. T. der Tod ein.

5. Friedrich Max Sigmund (nicht verwandt mit Nr. 4), 16 M. alt, seither gesund, wurde am 25. Juni geimpft, in demselben Termin mit Nr. 2—4, doch fraglich in welcher Reihenfolge. Am 4. T. um die Impfstellen herum Blasen, welche rasch confluiren und am 7. T. die Oberarme ganz einnehmen. An den Impfstellen schwammige Geschwüre. Am 8. T. Stirn geröthet und mit Blasen bedeckt. Am 9. T. blieb — wie bei Nr. 4 — die Oberhaut des Rückens an der Unterlage hängen; ausserdem hatte sich Entzündung und Blasenbildung über den behaarten Kopf, die Ohren, den Hals und die Brust verbreitet. Die Blasen liefen bald aus und hinterliessen wunde Flächen. In den letzten Tagen fand sich auch auf dem Nabel eine thalergrosse hochgewölbte Blase und die Beine waren mit zusammengelaufenen

Blasen ganz überdeckt, welche in den Kniekehlen beutelartig herabhingen. Hodensack stark geschwollen. Vom 4. T. an lag das Kind unausgesetzt in grosser Hitze und Unruhe bis zum Tode, welcher am 14. T. eintrat.

6. Ottilie Anna Zimmerman, 9. M. alt, seither gesund, wurde am 3. Juli geimpft, während Nr. 4 und 5 zur Revision im Local anwesend waren. Rechts entwickelten sich die Impfblattern normal. Links am 3. T. Eiterung ohne Pustelbildung; am 5. T. verschwand die Eiterung bei lebhafter Röthung des ganzen (linken) Oberarms und heftigem Fieber, welches bei grosser Unruhe bis zuletzt fortdauerte. Am 7. oder 8. T. Blasenbildung um die Impfstellen des linken Oberarms. Am 8. T. war die Entzündung über die linke Seite des Rumpfs verbreitet und namentlich auf dem Rücken wurden zahlreiche bis thalergrosse Blasen sichtbar. Impfpocken rechts normal, links an Stelle derselben schwammige Geschwüre. Der Tod trat am 10. T. ein, nachdem sich die Entzündung über den ganzen Körper verbreitet hatte.

Was die Natur der Krankheit betrifft, so hat man es hier nach dem Vf. mit einem durch Blasenbildung charakterisirten Erysipel zu thun, von welchem man nach den äusseren Umständen und da es sich in allen Fällen von den Impfstellen aus verbreitete, annehmen muss, dass es durch die Impfung oder mindestens gelegentlich der Impfung acquirirt worden ist.

Aus den Mittheilungen des Impfarztes Dr. Dommer geht hervor, dass bei den öffentlichen Impfungen in R. nur trocken conservirte Lymphe zur Verwendung kam. Von Erkrankungen der Stammimpflinge jener 6 Kinder ist Nichts bekannt geworden.

Der Redacteur der deutsch. med. Wochensch. Dr. Börner bestätigt in einer Nachschrift im Allgemeinen die Richtigkeit der Angaben des vorstehenden Aufsatzes und weist auf die in der Literatur enthaltenen Beobachtungen ähnlicher Fälle hin.

21. Körner. Ueber Scharlachrecidive. (Jahrb. f. Kinderhk., IX. B., 4. H. 1876.)

22. v. Hüttenbrenner. Ueber zweimaliges Auftreten von acutem Exanthem, besonders von Scharlach. (Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. X. 1876.)

23. **Baum.** Zur Wasserbehandlung des Scharlachs. (Wiener med. Presse 49, 50, 51. 1876.)
24. **Fayrer.** Dengue. (Amer. Practitioner. C. S. 241. Ctrlbl. 1877.)
25. **Königstein.** Augenerkrankungen während und nach Ablauf der Masern. (Oest. Jahrb. f. Pädiatrik 1876.)
26. **Schwarz.** Beobachtungen und Reflexionen über die Morbillen-Epidemie in Wien im Jahre 1875/76. (Wien. med. Presse 1876, Nr. 43, 45.)
27. **Cottle.** Typhus-Exanthem. (The Lancet 1876. II. S.)
28. **Nixon.** Febris enterica und Scharlach. (Dubl. Journ. of med. Sc. 1876. 59.)
29. **Kering.** Ein Fall von exanthematischem Typhus mit gleichzeitigen Masern. (Petersb. med. Wochenschr. Nr. 14. 1876.)
30. **Fischl.** Gleichzeitiges Vorkommen von Morbillen und Abdominaltyphus bei einem und demselben Individuum. (Prager med. Wochenschr. 1876.)

Körner theilt die Scharlachrecidive (**21**) folgendermassen ein (nach Thomas):

1. Pseudorecidive. Hieher gehören nebst älteren weniger sicheren Angaben 5 Fälle von Thomas (Neues Exanthem in der 2.—3. Woche bei fortdauerndem Fieber).

2. Wahre Recidive betreffen zumeist Kinder von 7—14 Jahren, weniger oft Erwachsene, das Recidiv tritt am häufigsten in der Mitte oder am Ende der 3. Woche auf, die Eruption dabei ist bald mässig, bald intensiv, gewöhnlich folgt Genesung.

3. Zweitmalige Erkrankung. Die erste Erkrankung betrifft meist Kinder unter 10 Jahren. Die zweiten Anfälle erfolgen 2—6 Jahre später, seltener schon nach mehreren Monaten. Die zweiten Eruptionen sind gewöhnlich schwerer als die ersten. Für die ersten zwei Formen scheint nach Thomas eine hereditäre Anlage zu bestehen, vielleicht auch für die dritte.

Schliesslich citirt der Vf. Fälle von 3—17maligem Recidiv des Scharlachs, sogar von habitueller (! P.) Scarlatina.

Die Diagnose »Scharlachrecidive« soll nach v. Hüttenbrenner (**22**) nur vorsichtig gestellt und wesentlich von dem Eintreten einer zweiten charakteristischen Abschuppung abhängig gemacht werden.

Für zweimalige Scharlacherkrankungen hält er eine Familiendisposition verantwortlich.

Die schweren Scharlachvergiftungen imponiren nach Baum (**23**) als höchst acute und intensive Affectionen des gesammten Nervensystems. Die rascheste Behebung dieser Affectionen sollte das Hauptziel jeder richtigen Therapie sein. Die hydriatische Methode scheint dies besser als andere zu erreichen; das Wasser dürfte sich in dieser Fieberform als ein Nervinum im wahrsten Sinne des Wortes erweisen. Seiner nervenstärkenden, widerstandsfähiger machenden Wirkung ist es wohl zuzuschreiben, dass kalte Waschungen im Rufe stehen, ein gutes Schutzmittel gegen Scharlachansteckung zu sein. Die Methode dürfte demnach mehr als alterirende aufzufassen sein.

Die adynamische Form bedarf bestimmt der excitirenden Methode. Manches erethische Scharlachfieber dürfte nicht leicht den asthenischen Charakter annehmen, wenn es vom Anfange an hydriatisch behandelt und Proceduren gewählt werden, die entgegen der gewöhnlichen Fieberbehandlung eine grössere Summe mechanischer Reize in sich enthalten.

Welches Reizquantum zu appliciren sei, dass muss vorläufig dem Tactgefühle des Arztes überlassen bleiben. Eine der zweckmässigsten Proceduren dürfte vielleicht das Halbbad mit den dabei üblichen Begiessungen sein, weil diese Badeform bei halbwegs verständiger Manipulation die vielseitigste Verwerthung zulässt.

Das Studium eines Momentes dürfte nach dem Verf. vieles aufklären: Während bei sehr verschiedenartigen fieberhaften Krankheiten continuirliche Temperaturschwankungen in der Haut stattfinden, welche keineswegs denen in der Achselhöhle proportional sind oder in irgend einer regelmässigen Beziehung zu derselben stehen, verschwinden hier jene brüsken und unregelmässigen Senkungen und Erhebungen der peripheren Temperaturcurve, die vielmehr nahezu analog der centralen verläuft. Die Berücksichtigung der peripheren Temperaturen vor und nach Wasserproceduren wird gewiss zur Aufstellung rationeller Indicationen führen.

Dengue (Scarlatina rheumatica, Dandy fever, red fever etc.) ist nach der Schilderung von Fayrer (**24**) ein infectiöses Eruptionsfieber, welches plötzlich beginnt, remittirt und häufig recidivirt. Heftige

Schmerzen im Kopf und in den Augen, schmerzhafte Anschwellung der Gelenke und Muskeln, bald hier, bald dort, Halsweh, Conjunctivalkatarrh und Vergrösserung der Submaxillardrüsen sind die Haupterscheinungen. Die Eruption beginnt am dritten Tage, hält 2 bis 4 Tage an, es folgt grosse Prostration, nach einem Intervall kommen Rückfälle, welche einige Wochen anhalten können. Die Genesung erfolgt langsam, ein lethales Ende selten. Das Uebel kommt epidemisch in Indien, Burmah, Persien, Arabien, Egypten, Nord- und Südamerika und Westindien vor. In England ist das Uebel unbekannt, doch sind Combinationen von Scharlach mit acutem Rheumatismus beobachtet, welche grosse Analogie zeigten. In Spanien soll Dengue vorkommen, sonst nirgends in Europa.

Der Ausschlag hat viel Aehnlichkeit mit Scarlatina. Zuerst wird das Gesicht roth und gedunsen, es entsteht Conjunctivalkatarrh und Halsschmerz, sodann wird der ganze Körper von dem Ausschlag überzogen. Dabei ist ein Puls von ca. 120 Schlägen, Temperatur von 40° C. Nach ein bis vier Tagen verschwindet die Röthe. Nach dem Intervall von einigen Tagen kommt ein Nachschub, welcher mehr masernartig oder quaddelartig ist, oft auf der Hohlhand beginnt und mit starker Abschuppung endet. Manchmal treten anstatt dessen Hämorrhagien aus Mund, Nase, Darm und Uterus auf. Das Fieber kann mit Delirien einhergehen und beginnt bei Kindern meist mit Convulsionen.

Von Scharlach ist Dengue verschieden durch die kurze Dauer des Exanthems und des Fiebers, durch das Auftreten der Muskel- und Knochenschmerzen. Es kann dasselbe Individuum zweimal befallen werden, doch ist dies selten. Die Krankheit ist infectiös und hat eine Incubation von 5 bis 6 Tagen.

Die Therapie soll zuerst zuwartend, am Schlusse des Uebels stark roborirend sein, daher Chinin und Eisen zu empfehlen sind. Europäern, welche erkranken, ist manchmal des zurückbleibenden cachectischen Zustandes wegen ein Klimawechsel anzurathen.

Aus Beobachtungen, welche Königstein (**25**) während der letzten Masernepidemie in Wien an der allgemeinen Poliklinik angestellt hat, ergibt sich:

1. Dass man nur die Hyperaemia conjunctivae im Prodromalstadium als durch das specifische Maserngift bedingt ansehen kann

und dass man dann sofort annehmen muss, das Gift wirke früher auf die Schleimhäute als auf die allgemeine Decke und dass die Wirkung an den ersteren schon erloschen sei, wenn sie in der letzteren erst zu Tage trete. »Die Hyperämie ist (Stellwag) eine Theilerscheinung des exanthematischen Processes selbst, sie ist wesentlich in der exanthematischen Krase begründet etc.«

2. Das Exanthem befällt weder Conjunctiva noch Cornea, d. h. zur Zeit der Eruption bemerkt man keinerlei neue Erkrankungen des Auges, auch keine Steigerung der vorhandenen Symptome; im Gegentheile die Erscheinungen treten zurück. Dem entgegen behauptet Zehender: Ausnahmsweise und meist bei Kindern beobachtet man schon während des Eruptions- und Blüthestadiums die Entwickelung einer phlyktaenulären Bindehaut- und Hornhautentzündung. Stellwag: In der Conjunctiva bulbi und in der Cornea fehlen die Follikel gänzlich, es ist demnach das Auftreten specifischer Masern-Efflorescenzen auf diesen Gebilden eine Unmöglichkeit.

3. Die Erkrankungen des Auges treten ziemlich spät nach Ausbruch des Exanthems auf, stehen in keinem innigen Causalnexus mit dem die Morbillen bedingenden Agens, und ist die Bezeichnung Ophthalmia morbillosa unrichtig und in Ophthalmia post morbillos zu verwandeln.

4. Bei normal und in sonst gesunden Individuen verlaufenden Masern finden wir keine bedenkliche Augenerkrankung, nur wenn Complicationen hinzugetreten sind oder der Verlauf überhaupt ein maligner ist, sind schwere Fälle zu verzeichnen. Sie sind demnach wie die Abscesse, Ohrenflüsse etc. Folgen der allgemeinen Cachexie.

5. Für das Eiterinfiltrat scheint die durch das Allgemeinleiden gesetzte Cachexie die nächste Veranlassung zu geben, so würde sich eine Analogie mit ähnlichen Processen nach Typhus oder abgelaufenen Pocken finden lassen. Die schwereren Erkrankungen treten immer ziemlich spät und gerade die gefährlichsten ohne Begleitung bedeutender sichtbarer Entzündungserscheinungen auf.

6. Individuen von scrophulösem Habitus oder solche, die schon öfter an Augenerkrankungen gelitten, werden im Verlaufe der Masern beinahe immer, und zwar zumeist in ziemlich heftigem Grade von Augenaffectionen befallen.

Die Morbillen-Epidemie des Schuljahres 1875/76 — auch dieses Mal konnte man die Schulen als die Centren der ausstrahlenden Verbreitung der Krankheit bezeichnen — hatte nach den Auseinandersetzungen von J. Schwarz (**26**) in Wien eine grosse Ex- und Intensität erreicht.

Vom September 1875 bis Juni 1876 — ganze 10 Monate lang — behaupteten die Masern ihre contagiöse Herrschaft in der Residenz und ihren Adnexen bei Arm und Reich, Jung und Alt.

Insbesondere hörte und berichtete man häufig von kurz aufeinanderfolgenden Recidiven des Exanthems.

Im Verlaufe der in Rede stehenden morbillösen Epidemie hatten sich dem Vf. unter 62 Morbillenkranken 8 Recidive des Ausschlages dargeboten.

An den Masern erkrankten

Individuen	Männliche	Weibliche	Alter	Recidive	Erste Erkrankung
A	1	—	52 Jahre	Im April 1876	Vor 46 Jahren
B	–	1	18 „	„ Februar 1876	„ 14 „
C	—	1	14 „	„ März 1876	„ 12 „
D	1	—	13 „	„ December 1875	„ 2 „
E	1	—	9 „	„ März 1876	„ 1 Jahre
F	—	1	8 „	„ „ 1876	„ 20 Tagen
G	1	—	7 „	„ „ 1876	„ 14 „
H	—	1	2 „	„ „ 1876	„ 10 „

Mit Ausnahme des mit A bezeichneten Individuums hatte Vf. bei sämmtlichen 7 Kranken sowohl die erst- als auch die zweitmalige Erkrankung selbst beobachtet. Bei B und C waren die Morbillen jedesmal prägnant unter schweren, gleich charakteristischen Symptomen verlaufen. Anders hingegen gestaltete sich der Decursus in den übrigen 5 Recidiven, welche in respective kürzeren Zeiträumen aufeinandergefolgt waren.

Bezeichnet man die zwei Hauptformen als »wahre« und »veränderte« Morbillen, so stellte sich nachfolgendes Schema dar:

Bei der erstmaligen Erkrankung kam vor die

wahre Form } 1 Mal in Fall D
veränderte „ } 4 „ „ „ E, F, G und H.

Bei der zweitmaligen Erkrankung kam vor die

wahre Form } 4 Mal in Fall E, F, G und H
veränderte „ } 1 „ „ „ D.

Zur Zeit als dem Vf. einige zweifelhafte Recidive von Morbillen (etwa als Rubeolen zu deuten, trotz gewichtiger Bedenken?) vorkamen, befand sich in seiner Behandlung ein 1 Jahr altes Kind, das in seinem 6monatlichen Lebensalter von ihm mit gutem Erfolge geimpft wurde. Während einer kurz andauernden Fieberbewegung kam eine Eruption von Varicellen zum Vorschein. Im Verlaufe derselben erkrankte — etwa am 4. Tage — ein 12 Jahre älterer Bruder an Variola vera. Die vorausgegangene erfolgreiche Impfung einerseits, die gegenwärtig vorhandenen Varicellen andererseits machten die Eltern weniger vorsichtig; sie nahmen eine strenge Separation der Kinder gar nicht vor. Kaum jedoch waren die hellbraun gefärbten Varicellen-Schuppen des einjährigen Kindes — am 10. Tage der ersten Erkrankung — abgefallen, stellten sich neuerdings heftige Fiebererscheinungen mit reichlichem Erbrechen ein, denen 3 Tage darnach ein Ausbruch von Variola folgte.

Diese Beobachtung legte die Annahme nahe, ob denn nicht hier eine Analogie zwischen den oben angeführten Morbillis veris und den vor- und nachfolgenden morbillösen Exanthemen, wie bei der Variola vera und den Varicellen zu constatiren wäre?

In der That lässt sich — wie der Verf. glaubt — ein gleicher klinischer Verlauf nicht unschwer nachweisen. Die Prodromi sind bei dem morbillen-ähnlichen Ausschlage sowie bei den Varicellen mild, sie dauern 12—24 Stunden; im Incubationsstadium kommen nur geringe, vorübergehende Temperaturschwankungen vor. Zur Eruption bedarf es auch nur einer nach wenigen Stunden zählenden Zeit; die Flecke sind, gleich den Varicellenpusteln, am Stamm zumeist, im Gesichte spärlicher, an den Extremitäten am wenigsten vertreten. Die Dauer des Exanthems erstreckt sich auf 3—4 Tage; das etwas gesteigerte Fieber stellt sich nicht vor, sondern mit dem Auftreten des Exanthems ein, oder ganz kurze Zeit vor dem Ausbruche und hört mit dem Erblassen desselben auf. Die Ansteckungsfähigkeit dieser morbillenartigen Flecke konnte Verf. nur einmal,

und zwar von dem Falle G auf H beobachten. Verf. macht daher den Vorschlag, die modificirte Form, gerade so, wie man Variola vera und Varicellen auseinander hält, zum Unterschiede von den Morbilli veri, mit dem Namen Morbicellen, oder was entsprechender erscheint, als Morbilloiden zu bezeichnen.

Ein 20jähriger Mann, welcher an Abdominaltyphus litt, bot nach Cottle (**27**) in der 1. Woche der Erkrankung von Seiten der Haut folgende Erscheinungen dar: Gesicht, Stamm und Extremitäten waren dicht bedeckt mit scharf umschriebenen, hell- oder dunkelrothen Flecken, welche sich leicht über das Niveau der übrigen Haut erhoben. Zwischen den einzelnen Eruptionen war die letztere überall intact. Die Grösse der Eruptionen variirte von $^1/_8$—1″ im Durchmesser. Dieselben fehlten vollständig auf dem Kopf, unter den Knien und auf der Schleimhaut des Mundes. Nach kurzem Bestehen blasste das Exanthem ab und hinterliess nur eine Verfärbung der Haut, ohne dass es zur Desquamation der Haut kam. Am Ende der 1. Woche war es fast verschwunden, und es erschien jetzt das gewöhnliche Roseolaexanthem mit heftigen Diarrhöen. Die Krankheit verlief in gewöhnlicher Weise und endete mit Genesung. Vf. macht darauf aufmerksam, dass die Form des Exanthems die grösste Aehnlichkeit mit Masern hatte, während der Verlauf der Krankheit ein durchaus verschiedener war.

Nixon beschreibt (**28**) einen Fall von Scharlach bei einem typhösen Mädchen. Die Diagnose Scharlach wurde durch die diphtheritische Halsaffection, welcher die Kranke auch erlag, sichergestellt, die Obduction ergab typhöse Darmgeschwüre.

In einem von Kering (**29**) beschriebenen Falle von Typhus exanth., der mit Genesung endigte, trat eine Complication mit Morbilli ca. am 2. oder 3. Tage der typhösen Erkrankung auf. Das roseolöse Exanthem wurde durch die Masereruption verdeckt und konnte erst nach Ablauf der letzteren, d. h. am 12. Krankheitstag erkannt werden, um welche Zeit es bereits die Umwandlung in Petechien durchgemacht hatte.

Nach einer Krankengeschichte von Fischl (**30**) erkrankte die 5jährige S. H. an Abdominaltyphus, der damals neben Morbillen in

dem betreffenden Stadtviertel von Prag häufig vorkam. Am 9. Februar trat neuerliche Intumescenz der (schon detumescirten) Milz auf, Exacerbation des noch geringen Bronchialkatarrhs, eine Eruption von Roseolaflecken am Abdomen und an den unteren seitlichen Thoraxpartien, so dass die Diagnose eines Recidivs als vollkommen begründet schien. Unterdessen waren die zwei anderen Geschwister der Kranken an Masern erkrankt, und obgleich letztere von denselben vollständig isolirt wurde, traten am 21. Februar bei ganz gleichem Verhalten in Betreff der Temperatur, Pulsfrequenz und Milzschwellung etc. Zeichen einer stattgehabten Infection, wie Injection der Conjunctiva, Thränenfluss, heftiger Schnupfen und Nasenbluten auf. Am 24. liessen sich nicht nur an der Schleimhaut des Gaumens, sondern an der der Lippen und Wangen, sowie am Zahnfleische theils streifig, theils punktförmig geröthete Stellen erkennen; am 25. Febr. konnte man an beiden Schläfen, an der Stirn und an den seitlichen Partien des Halses sehr zahlreiche theils flache, theils über die Haut sich erhebende Efflorescenzen nachweisen, welche bis zum 26. sich noch über den grössten Theil des Rumpfes und Oberschenkels verbreiteten; gleichzeitig sah man etwa 20 bis 30 hirsekorn- bis erbsengrosse, mit seröser Flüssigkeit gefüllte und von einem rothen Hofe umgebene Bläschen, die zerstreut am ganzen Körper, vorwiegend jedoch im Gesichte waren; einige derselben boten eine centrale Vertiefung dar. Am 28. war das Masernexanthem blässer geworden; die erwähnten Bläschen gingen die gewöhnlichen Metamorphosen ein; aus dem Umstande, dass nach Erbleichen des Exanthems noch ein Fieber intermittirenden Charakters (vom 28. Febr. bis 7. März) andauerte, was bei uncomplicirten Morbillen nur ausnahmsweise vorkommt, schliesst F., dass der Abdominaltyphus erst jetzt seinem Ende entgegenschritt.

31. **St. Philippe.** Erysipelas faciei vom Pharynx ausgehend. (Gaz. des Hôp. 1876, 175.)

32. **Béhier** und **Marseille.** Epitheliom der Haut; — consecutives Erisypel. (L'Union médicale 1876, Nr. 64 u. 65. Med. chir. Rundsch. 1876.)

33. **Hesse.** Einige Fälle von Schleimhaut-Erisypel. (Deutsche med. Wochensch. 1876. Nr. 26 u. 27.)

34. **Ch. Bell.** Tinct. ferri hyperchlorati gegen Rothlauf. (Edinb. med. Journ. 1876, 254.)

35. **Yandell.** Eruption nach Berührung mit Rhus. (Louisville medical news. 11. Nr. 29, 1876.)
36. **Lee.** Ein Fall von serpiginöser Hauteruption. (Commiss. Ber. der Lond. Clin. Soc.; Transact. 800, 8, 1875.)
37. **Skórczewski.** Urticaria beim Wechselfieber. (Przegląd lekarski Kraków. Nr. 24. 1876.)
38. **Fuchs.** Herpes Iris conjunctivae. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenheilkunde. Oct.-H. 1876.)
39. **Bulkley.** Ueber Herpes Zoster. (Amer. Journ. of med. sc. 1876. July.)
40. **Hardy.** Ueber die Zona. (Gaz. des Hôp. 1876, 103, 104.)

Zwei Fälle von Gesichtsrose, vom Pharynx ausgehend, beobachtete St. Philippe (**31**). Eine äusserst heftige Angina leitete das Erysipel ein, welches von einer Ausgangsöffnung der Nasenhöhle aus — in dem einen Falle von einem Thränenpunkte, in dem andern von einem Nasenloche — das Gesicht überzog. Das eigenthümliche Aussehen der anginösen Schleimhaut, welches Verf. mit dem Glanz der Perlmutter oder eines gefirnissten Gegenstandes vergleicht, das Vorkommen von Blasen, Phlyktaenen und Oedem, die Anschwellung von Cervicaldrüsen, zumal aber Nausea, Erbrechen und andere gastrische Störungen scheinen dem Verf. charakteristisch. Die Prognose betrachtet er als bedenklich nach den Erfahrungen, welche man über Erysipelas gamacht hat, welcher den Pharynx secundär ergreift. Er empfiehlt eine exspectative Behandlung.

Marseille berichtet nach einem Vortrage von Béhier (**32**) über den folgenden Fall:

Bei einem 77jährigen Landmanne befindet sich auf der Haut des Unterleibes in der Höhe der linken Darmbeingrube eine etwa flachhandgrosse Geschwulst, welche aus kleinen runden, zerstreutliegenden, röthlichen, prominirenden, sehr harten, theils exulcerirenden, theils mit dicken Borken bedeckten Massen zusammengesetzt ist, eine eitrige etwas fötide Flüssigkeit absondert, von Schwellung der beiderseitigen Leistendrüsen begleitet ist und als ein bösartiges Epitheliom betrachtet werden muss. Diese Geschwulst hat sich aus einem in der Gegend der genannten Grube befindlichen, kleinen juckenden Knoten, der den Kranken zum Kratzen veranlasste, im Verlaufe von beiläufig zwei

Jahren entwickelt. Bei dem Kranken, der überdies an Insufficienz der Mitralklappe leidet, Schwellung an einzelnen Gelenken und atheromatöse Processe an den peripheren Arterien zeigt, haben sich seit 3 Tagen an der äusseren Partie der rechten Leistengegend und längs der entsprechenden Bauchwand Exanthemflecke gebildet, welche die Form von verschieden grossen, rothen Streifen haben und der Sitz einer lebhaften Wärme sind. Anfänglich rosenroth, wurden sie später dunkel, sind schmerzhaft und zeigen einen scharf abgegrenzten, gelblichen Rand. Sie haben den Penis und das Scrotum, welche beträchtlich geschwellt sind, sowie die obere Partie der Schenkel ergriffen. Diese Streifen, von den epitheliomatösen Plaques ausgehend, dehnen sich unter einer Form aus, welche wohl eher an die Lymphangioitis, als an die confluirenden Flecke des Rothlaufs erinnert. An diese Beobachtung anknüpfend, bemerkt B., dass, so oft ein Erysipel vorliegt, man in Wirklichkeit immer mit einer wahren Lymphangioitis zu thun hat, und wenn man die pathologische Anatomie dieser Affection studirt, man die Lymphgefässe der Haut entzündet, vergrössert und sehr injicirt findet. Die Capillaren erscheinen mit Blut überfüllt und das Bindegewebe ist mit Entzündungsprodukten infiltrirt. In dem vorliegenden Falle ergriff die Entzündung vorzüglich die Lymphgefässe oder das sie umgebende Bindegewebe. Man hat diese Form wanderndes Erysipel genannt und sie für bösartig gehalten. Die angewendeten Mittel konnten freilich das Weiterschreiten des Erysipels nicht hindern. Das Wandern des Rothlaufs lässt B. von Constitutionszuständen des Kranken abhängig sein. Er glaubt an die Existenz eines spontanen Erysipels nicht, lässt dasselbe immer von einer, wenn auch oberflächlichen Verwundung ausgehen und nimmt eine Contagiosität desselben nicht an.

Nach Hesse's Angaben (**33**) erkrankte auf einem Krankensaale, in welchem schon früher Erysipele vorgekommen waren, ein mit Psoriasis behafteter Soldat, der zwischen zwei Erysipelatösen lag, unter Schüttelfrost an acuter Entzündung der Nasen- und Rachenschleimhaut. Acht Tage später bekam ein anderer an Trommelfellzerreissung leidender Pat., der inzwischen das Bett eines Erysipelatösen eingenommen hatte, eine acute hochfebrile Angina. Bei einem dritten ging die Entzündung vom Gesicht aus unmittelbar auf die Schleimhaut der Nase und des Rachens über.

Bell preist (**34**) gegen Erisypel als vorzügliches Mittel das Ferrum sesquichloratum an.

Yandell beobachtete (**35**) mehrfach Ausschläge durch Berührung des Rhus toxicodendron und konnte durch verschiedene Experimente die schädliche Einwirkung erhärten. Es entsteht eine Erysipelas-ähnliche Affection, mit Bläschenbildung und Schwellung der Haut. (Ein acutes Eczem. A.) Nach dem Platzen der Bläschen bilden sich Krusten. Der Ausschlag hält gewöhnlich 7—10 Tage an, manchmal länger und schwindet immer schnell nach Chiningebrauch in der bei Intermittens üblichen Dosis. (Vgl. White über denselben Gegenstand. Diese Viertelj. 1874 p. 393).

Lee beschrieb (**36**) den Fall eines 3jährigen Kindes, auf dessen Schenkel- und Bauchhaut eine rothe Linie auftrat, stellenweise wie aus Punkten zusammengesetzt, $^1/_4$ bis $^1/_8$ Zoll breit. Hie und da war sie etwas erhaben, verursachte weder Brennen noch Jucken. Die Linie schritt nach dem Berichte einer Fachcommission $4^1/_2$ Zoll in 24 Stunden vor. Artificieller Ursprung wurde ausgeschlossen. Die Eruption verschwand nach einiger Zeit spurlos.

Skórczewski führt (**37**) vier eigene Beobachtungen von Urticaria bei Intermittens an, die als ein Beitrag zu anderen nicht sehr zahlreichen Beobachtungen anzusehen sind. Nach Erwägung der einschlägigen Literatur kommt der Verf. zu folgendem Schlusse: Die Anfälle von Wechselfieber begleitet manchmal Urticaria oder das larvirte Wechselfieber tritt unter der Form einer intermittenten Urticaria auf (Febris intermittens larvata sub forma urticariae). Ueberdies sucht der Verf. nachzuweisen, warum die Urticaria, beim Wechselfieber auftretend, erst im zweiten Stadium des Anfalles erscheint. Klink.

Fuchs beobachtete (**38**) folgenden interessanten Fall von Herpes Iris conjunctivae an der Klinik des Prof. v. Arlt. Ein kräftig gebauter, aber blass aussehender Mann von 57 Jahren kam am 30. April 1876 wegen einer Augenentzündung in das Ambulatorium.

Am Tage der Aufnahme war bereits die ganze Conjunctiva tarsi des oberen und des unteren Lides beider Augen mit einer dünnen, grauweissen, ziemlich fest anhaftenden Membran belegt. Ueberdies aber zeigte sich an der linken Hohlhand ein Exanthem, welches als Herpes

Iris erkannt wurde. Der aufgenommene Status praesens lautete: Die Cutis der Lider etwas röther, nicht geschwellt; die Conjunctivae palpebrae an den nicht belegten Stellen dicht und gleichmässig injicirt, nur wenig geschwellt; der weissgraue Belag derselben erstreckt sich einerseits bis zum Uebergangstheil, anderentheils bis zu den Mündungen der Meibom'schen Drüsen, ist also schon bei einfach geöffneter Lidspalte an der inneren Lidlefze sichtbar, ohne dass man nöthig hat, das Lid vom Bulbus abzuziehen. Die Membran, welche etwa 0·5 Mm. dick ist, haftet ziemlich fest, lässt sich jedoch mit der Pincette in Fetzen abziehen, wobei die blossgelegte Schleimhaut an einzelnen Stellen blutet. Nach 12 Stunden fand man die Membran wieder regenerirt. Der Uebergangstheil der Bindehaut zwischen Conjunctiva tarsi und Conjunctiva bulbi ist nur wenig injicirt, aber weder merklich geschwellt, noch mit einer Membran überzogen. Die Conjunctiva bulbi ist ganz normal, ebenso der Bulbus selbst. Die Secretion der Bindehaut ist eine schleimig-eitrige, die subjectiven Beschwerden sehr gering. $S={}^{20}/_{20}$.

Eine stellenweise grauweisse, stellenweise aber ganz reinweisse Membran bedeckt den grössten Theil der Mundschleimhaut. Ober- und Unterlippe sind mit Ausnahme der Mittellinie von grossen weissen Flecken eingenommen. Von den Mundwinkeln erstrecken sich die Membranen der inneren Fläche der Wangen entlang bis zum Arcus palatoglossus; sie bedecken den hinteren Theil des harten Gaumens, den weichen Gaumen und die Uvula.

Von der Zunge ist die Spitze selbst frei; unmittelbar hinter dieser aber beginnt der Belag, um sich längs der seitlichen Zungenränder bis weit noch hinten zu erstrecken. Auch die obere und untere Fläche der Zunge sind von einzelnen Plaques bedeckt.

An jenen Stellen der Mundhöhle, wo die Schleimhaut vorspringende Spalten bildet (Frenulum labii sup. et inf., Frenulum linguae, Arcus palatoglossus u. s. w.) findet man einzelne Plaques, welche sich dadurch auszeichnen, dass der hier reinweisse Belag die Form eines 2 bis 3 Mm. hohen Kammes annimmt, welcher der Schleimhautfalte aufsitzt.

Das Exanthem der Haut war 7 Tage nach der Erkrankung der Bindehaut aufgetreten. Patient fühlte des Nachts Jucken in der linken Hohlhand; am nächsten Morgen war dieselbe bereits von einer grösseren Anzahl gut entwickelter Efflorescenzen bedeckt, welche in zwei Gruppen beisammen standen. Die eine Gruppe nahm den Thenar, die andere

den Antithenar ein. Erstere erstreckte sich über die Streckfalte des Daumens auf den Handrücken hinüber.

Die jüngsten Efflorescenzen bestanden aus einer hirsekorn- bis linsengrossen hyperämischen Scheibe, welche nicht merklich über das Niveau der Haut prominirte und in ihrem Centrum einen dunkelrothen Punkt (eine kleine Hämorrhagie) zeigte. Nach kurzer Zeit begann um die hyperämische, daher rothe Scheibe herum ein heller Ring sich zu bilden. Dieser kam dadurch zu Stande, dass die Epidermis durch eine geringe Menge von Serum wallartig emporgehoben wurde und dadurch lichter erschien.

Der Verlauf der Krankheit war an den Lidern, wo dieselbe zuerst aufgetreten war, auch am raschesten.

Schon am zweiten Tage nach der Aufnahme war die Membran, welche die Conjunctiva tarsi des oberen Lides bedeckte, an einzelnen, hirsekorngrossen Stellen unterbrochen und liess daselbst die lebhaft rothe, ihres Epithels grösstentheils verlustige Bindehaut zu Tage treten. Die rothen Flecken zeigten sich in der Mitte von einer zarten, schleierähnlichen Trübung bedeckt, welche das Centrum etwas heller roth erscheinen liess als die Peripherie.

Indem sowohl die rothen Flecken sich beständig vergrösserten, als auch ein gleichartiger Vorgang der Epithelregeneration an den Rändern der Membranen vor sich ging, war am 6. Tage nach der Aufnahme der grösste Theil der Conjunctiva palp. frei von Belag. Dieser haftete nur noch in der Nähe der inneren Lidkante und an dieser selbst. Nach drei Tagen war er auch hier ganz verschwunden und eine leichte Hyperämie der Conjunctiva palp. nebst etwas stärkerem Hervortreten des Papillarkörpers war Alles, was von der Erkrankung noch zurückgeblieben war. Auch diese geringen Veränderungen waren bis zur Entlassung des Kranken am 27. Mai den normalen Verhältnissen gewichen.

Die Erkrankung der Mundschleimhaut war während der ersten Tage nach der Aufnahme noch im Zunehmen begriffen. Neue Plaques traten am harten Gaumen, um das Foramen incisivum herum und an den Gaumenbögen auf; die alten Flecken verdickten sich durch Nachschübe von unten her und erreichten an einzelnen Stellen, wie z. B. an der inneren Fläche der Wangen, eine Dicke von 5 Mm. und darüber; immer aber liessen sie, mit der Pincette abgezogen, die in ihrem Gewebe durchaus intacte Schleimhaut erkennen, so dass der Process überall strenge in dem Rahmen einer croupösen Entzündung sich hielt.

Das Verhalten der einzelnen Partien des Mundbelages war ein verschiedenes. Die einzelstehenden, runden und ovalen Plaques verschwanden nach Verlauf von einigen Tagen, während an anderen Stellen neue sich bildeten. Diese Neubildung hatte nach Ablauf der ersten zwei Wochen ihr Ende erreicht. Die grossen zusammenhängenden Flecken dagegen, welche die Lippen, die Wangenschleimhaut und die Seitentheile der Zunge bedeckten, zeigten eine grosse Dauerhaftigkeit. Ihre Involution ging so langsam vor sich, dass am 27. Mai, bei der Entlassung des Patienten, noch Reste der Membranen an der Unterlippe, den Seiten der Zunge und der inneren Wangenfläche hafteten. Diese Membranen waren somit 31 Tage alt.

Was das Exanthem auf der Haut betrifft, kamen vereinzelte neue Efflorescenzen an den Fingern der linken Hand und am rechten Handrücken hinzu, sowie Gruppen von Efflorescenzen an der Streckseite beider Ellbogen und an beiden Fusssohlen, entsprechend deren grösster Aushöhlung. Damit war nun der Ausbruch des Exanthems zum grössten Theile vollendet, denn es kamen später nur noch einzelne Efflorescenzen an den Fingern beider Hände hinzu, welche allerdings durch ihre regelmässige Anordnung die Aufmerksamkeit erregten. Sie occupirten nämlich die Beuge- und Streckseiten der Metacarpophalangealgelenke des letzten Interphalangealgelenkes und die Dorsalseite der letzten Fingerglieder, an der Wurzel der Nägel. Dieselben waren nicht alle schön ausgebildet; einige von ihnen gingen abortiv zu Grunde, andere, namentlich die an der Wurzel der Nägel stehenden, entwickelten sich zu grossen, mit trübem Serum gefüllten Blasen.

Die ältesten Efflorescenzen begannen nach etwa einer Woche, die jüngeren in kürzerer Zeit abzublassen, ihre charakteristische Zeichnung sich zu verwischen. Endlich hob sich die Epidermis über grösseren Strecken in toto ab und unter derselben zeigte sich die Haut mit junger Epidermis bedeckt. Bei der Entlassung des Patienten war bereits an Stelle aller Efflorescenzen neugebildete Epidermis getreten.

Sowohl die Membranen der Bindehaut als der Mundschleimhaut wurden in den verschiedenen Perioden der Krankheit mikroskopisch untersucht. Beide zeigten, entsprechend ihrem klinischen Verhalten, auch eine identische Zusammensetzung.

Die unterste Schichte der Membran besteht zum grössten Theil aus Epithelzellen. Dieselben gehören den unteren Lagen des Epithels an, welche der Exsudation am längsten Widerstand geleistet haben.

Aber nur die alleruntersten Zellen bleiben immer auf der Schleimhaut zurück; die daran angrenzenden Zellen sind doch durch die Exsudation so weit gelockert worden, dass sie beim Abziehen der Membranen an diesen hängen bleiben. Sie bilden daselbst eine Lage, welche mehr oder weniger von Exsudatmassen, d. i. Rundzellen in einem Faserstoffgerüste, durchbrochen ist.

Ueber dieser untersten Epithellage baut sich nun die eigentliche Exsudatmembran auf, deren gleichmässiges kleinzelliges Gefüge durch eine oder zwei Lagen von Epithelzellen unterbrochen wird. Diese Epithellagen sind die oberflächlichsten Straten des normalen Schleimhautepithels, welche durch das Exsudat gelockert, abgehoben und beim späteren Erstarren desselben mit eingeschlossen wurden.

Je weiter man gegen die Oberfläche der Exsudatmembran fortschreitet, um so spärlicher werden die Epithelzellen im Verhältniss zu den Rundzellen. Bald sieht man nur hie und da eine einzelne Epithelzelle zwischen die Rundzellen eingelagert, etwa wie die Riesenzellen eines Osteosarcoms im Sarcomgewebe. Noch weiter nach oben verschwinden auch diese und man hat nur mehr Rundzellen vor sich. Zugleich modificirt sich das Gerüst zu reticulirten Membranen, welche parallel zur Oberfläche gelagert sind und ziemlich dicht aufeinander folgen. Zwischen denselben liegt oft nur eine einzige Schicht von Rundzellen. Es folgt daraus, dass die oberen Schichten ein lamellöses Aussehen besitzen; ferner dass das Gerüste, welches durch die zahlreichen und mächtigen Membranen gebildet wird, in denselben relativ stärker entwickelt ist als in den unteren Schichten.

Die Membranen, welche einer späteren Zeit der Krankheit entnommen waren, hatten makroskopisch ihre weisse Farbe gegen eine grauliche oder gelbliche vertauscht und waren an den Rändern wie angenagt. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass das Gerüste starrer, dessen Balken glänzender und dicker geworden waren, während die Rundzellen an Zahl abgenommen hatten. Die Epithelzellen fanden sich noch in gleicher Zahl wie Anfangs.

Die Veränderungen, welche die Epithelzellen bei längerem Bestande der Membranen erlitten, bestanden darin, dass der Kern blässer wurde, bis er endlich nur mehr durch eine zarte Körnung eben angedeutet war. Noch später wurden die Epithelzellen und in gleicher Weise die Rundzellen homogen, mattglänzend und bucken mit dem

Gerüst, das ebenfalls homogen und starr geworden war, zu einem Gitterwerke zusammen.

An einzelnen Stellen der Membranen kam es, statt zu einer Aufquellung, zu einer Schrumpfung der zelligen Elemente, welche schliesslich zu schmalen, linienförmigen, dreieckigen oder sternförmigen Körperchen wurden, während das Gerüst einer schleimigen Metamorphose anheim zu fallen schien.

Verf. sieht in dem vorliegenden Falle, welchen er streng von den Fällen echter croupöser Bindehautentzündung getrennt wissen will, eine neue Species jener Conjunctivitisformen, welche wir als Conjunctivitides exanthematicae zusammenfassen. Acute und chronische Exantheme localisiren sich nebst anderen Orten auf der Conjunctiva.

Es dürfe daher nicht Wunder nehmen, dass ein Gleiches bei dem Herpes Iris, wo es bisher noch nicht constatirt ist, beobachtet wurde.

Bulkley beschreibt (**39**) einen Zoster im Gebiete der rechten 5., 6. und 7. Spinalnerven bei einem 73jährigen Manne, welcher auf derselben Seite ein Lymphosarcom des Halses gehabt hatte. Letzteres war durch Arsengebrauch kurz vor dem Beginn des Zosters nahezu ganz geschwunden. Vf. nimmt an, dass Druck oder Zerrung der Nervenstämme durch den Tumor den Zoster veranlasst habe. Vf. bezweifelt, dass dem Zoster eine primäre Entzündung der Spinalganglien zu Grunde liege; er glaubt vielmehr, dass stets die Entzündung derselben eine fortgeleitete sei. (? A.)

Hardy berichtet (**40**) über einen Fall von Zona des Nerv. ischiadicus. Der Ausschlag dauerte 20 Tage, es blieb eine Hyperästhesie zurück, welche den P. am Gehen hinderte und so stark war, dass jede Berührung die heftigsten Schmerzen verursachte. Vier bis sechs Wochen nach dem Beginne trat eine vollständige Lähmung der Muskeln der Wade und der äusseren Seite des Beines ein, welche bisher schon ein und ein halbes Jahr anhält und noch nicht ganz geschwunden ist.

Ein anderer seltener Fall betraf eine Dame, welche einen Zoster des Stammes mit heftigem Gürtelschmerz hatte. Vf. nimmt an, dass der Entzündungsvorgang von den Wurzeln auf das Mark selbst übergegangen sei. In der That griffen die Schmerzen bald auf die unteren Extremitäten über, dann auf die Arme, es kam Paralyse hinzu und

zum Schluss Paralyse der Inspiratoren. Die Kranke ging suffocatorisch zu Grunde unter Symptomen der Myelitis ascendens.

41. **Uffelmann.** Ueber die ominöse Form des Erythema nodosum. (Arch. f. klin. M. XVIII. H. 2 und 3, 1876.)

42. **Pospelow.** Ein Fall von Erythema nodosum auf der Schleimhaut der Mundhöhle. (Petersb. med. Wochensch. 1876. Nr. 40.)

43. **Couty.** Ueber eine Art nervöser Purpura. (Gaz. hebd. 1875. Nr. 36—40.)

44. **Appenrodt.** Zwei Fälle von Morbus maculosus Werlhofii im ersten Lebensjahre. (Deutsch. med. W. Nr. 39, 1876.)

Uffelmann hatte (vgl. dieses Arch. 1874, pag. 107) schon früher ein ominöses Hautleiden bei Kindern beschrieben, welches dem Erythema nodosum nahe stehe. Nun theilt er (**41**) drei neue Beobachtungen mit. Es tritt nach einem Prodromalstadium von einigen Tagen auf der Vorderfläche der Unterschenkel und der Extensorenfläche der Vorderarme, selten an anderen Stellen der Extremitäten eine Eruption von röthlichen oder bläulich durchschimmernden, frostbeulenartigen Knoten auf. Dieselben sind erbsen- bis taubeneigross, deutlich umgrenzt, confluiren nie, sind spontan gar nicht, bei Berührung etwas schmerzhaft, verschwinden ohne Abschilferung. So lange die Röthe besteht, ist mehr oder weniger starkes Fieber und grosse Abgeschlagenheit vorhanden, nach Schwinden von Röthe und Fieber sind die Knötchen noch einige Zeit in Erbsengrösse zu fühlen, auffallende Schwäche und Blässe bleiben zurück. Sämmtliche Patienten (ein 5jähriges Mädchen, eine 20jährige Frau, ein 9jähriger Knabe) stammten aus Familien, in denen Tuberculose vorgekommen und neigten selbst dazu. Verf. will diese — vielleicht embolische Erkrankung (Bohn) — von dem gewöhnlichen Erythema nodosum getrennt wissen.

Erythema nodosum auf den Schleimhäuten diagnosticirte Pospelow (**42**) bei einer 45jähr. schlechtgenährten Fabrikarbeiterin, welche an Erythema nodosum auf Armen und Beinen litt, überdiess an lobulärer Pneumonie mit Abendtemperaturen von 39.3°. Mit den Efflorescenzen des Erythems zusammen entwickelten sich nun am weichen

Gaumen, auf dem linken vorderen Gaumenbogen, an der Zungenspitze und Oberlippe analoge Knoten. Einige hatten nur den Epithelüberzug verloren, andere waren zerfallen und bildeten schmerzhafte kraterförmige Geschwüre mit gelbem Grunde; der grösste Knoten war erbsengross. Vf. schliesst einfache katarrhalische Geschwüre und Syphilis aus und nimmt an, dass das Erythema nodosum auch auf der Mundschleimhaut localisirt war.

Couty (**43**) beobachtete einen Fall von Purpura mit Gelenkanschwellung und Darmaffection. (Vgl. Henoch, diese Viertelj. 1875, p. 536.) Es gelang ihm etwa ein Dutzend analoger Fälle aus der Literatur zu sammeln. In allen zeichnete sich die Eruption durch das Plötzliche ihres Auftretens und den unregelmässigen Gang ihrer Entwicklung aus. Die gastro-intestinalen Störungen waren galliges Erbrechen und Koliken. Der Stuhl häufiger angehalten als diarrhöisch. Die Störungen traten plötzlich ein und hörten ebenso plötzlich auf, oft nach zwei oder mehreren Stunden, manchmal, mit Unterbrechung, nach ein bis zwei Tagen. Als drittes Symptom fanden sich schmerzhafte Hautödeme an den Gelenken oder an anderen Stellen, seltener an ganzen Extremitäten oder universell. Auch hier ist plötzliches Eintreten und grosser Wechsel der Erscheinung und des Ortes hervorzuheben. Oft war das Oedem die erste Erscheinung der Krankheit, in anderen Fällen begann die Purpura oder die Darmerscheinung. Die verschiedenen Affectionen stehen in keinem bestimmten Intensitätsverhältniss zu einander oder zur Gesammteffection. Vf. unterscheidet vier Formen der Purpura, je nachdem 1. dieselbe allein erscheint, 2. mit Oedem und Darmcomplicationen, 3. mit Oedemen allein, 4. mit Darmerscheinungen allein auftritt. Viele Fälle, welche als Peliosis rheumatica (purpura rheumatica) beschrieben sind, gehören nach Vf. nicht den rheumatischen Processen an, sondern gehören in die dritte Kategorie. Aus den vielen anderen Arten der Purpura sind nur zwei als gut abgegrenzt hervorzuheben: eine primäre, der Morbus maculosus Werlhofii, mit multiplen Hämorrhagien der Haut und Schleimhaut, welche progressiv zunehmen und während der ganzen Krankheitsdauer persistiren. Der allgemeine Zustand ist ein schwerer, es tritt plötzliche Adynamie und schneller Tod ein (doch nicht immer? A.). Zweitens eine secundäre, die Purpura cachectica, zu welcher die Purpura senilis gehört. Es ist dies eine secundäre Form der Purpura, welche sich

häufig zum Typhus, Leberaffectionen oder Erkrankungen der Milz gesellt. Einige Krankheiten, wie Meningitis cerebro-spinalis, Men. tuberculosa scheinen durch Vermittelung des Nervensystems auf die Capillaren der Haut zu wirken, meist aber scheint eine Veränderung der Blutmasse selbst oder der blutbereitenden Organe das Primäre zu sein. Hierher gehören nach dem Vf. auch die Hämorrhagien bei Intermittenscachexie und chronischem Chloralgebrauch.

Bei dem Morbus maculosus und der secundären Purpura fehlen die in obigen Fällen vorhandenen Oedeme und Darmerscheinungen. Aber diese Krankheiten ergreifen nicht nur die Haut, sondern es finden sich, besonders beim Morbus maculosus, von vornherein schwere Veränderungen der Schleimhäute, Nieren, Lunge, etc., welche zu deletären Hämorrhagien führen. (? A.) Auch die Hauthämorrhagien sind in beiden Reihen von Fällen verschieden; beim Morb. macul. und der secundären Purpura allmählich sich ausbildend, in den obigen Fällen plötzlich entstehend und schnell ihr Maximum erreichend. In jenen beiden Krankheiten trifft das Leiden geschwächte oder cachectische Individuen; die obigen Fälle betrafen stets gesunde Menschen, deren Allgemeinzustand auch nicht wesentlich geschwächt wurde. Nur ganz ausnahmsweise zog sich der Zustand in die Länge und wurde zur ernstlichen Gefahr für die betroffenen Individuen.

Gleichwie sich die hier besprochene Purpuraform wesentlich von den beiden genannten Purpuraformen unterscheidet, so ist der Unterschied von Scorbut ein noch deutlicher ausgesprochener, indem bei letzterem der Gang ein progressiver ist und schnell ein adynamischer Zustand sich ausbildet. (Alle diese Unterscheidungen sind höchst willkürlich. A.)

Verf. fasst diese Form der Purpura als eine nervöse auf. Dafür spricht ihm der unregelmässige Gang der Entwicklung, das Variable der Erscheinungen, der geringe Einfluss auf das Allgemeinbefinden. Da alle Erscheinungen eines cerebralen oder medullären Ursprungs fehlen, muss der Sympathicus der Ursprungsherd sein. In der That findet Verf. eine Verwandtschaft der hier vorkommenden Störungen mit anderen bekannten vasomotorischen Neurosen. Er vergleicht die Kolikanfälle mit den bei Atactischen vorkommenden „gastrischen Krisen" und der Colica saturnina, die Purpura selbst mit den Hämatidrosen neuropathischen Ursprungs. Dass endlich Oedeme bei Neurosen überhaupt nicht selten sind, sei eine bekannte Thatsache.

Der erste von zwei Fällen mit Morbus maculosus, welche Appenrodt an Kindern im ersten Lebensjahre (**44**) beobachtete, betraf ein 17 Tage altes rhachitisches Kind, welches an Katarrh-Fieber erkrankt war und plötzlich während der Nacht eine Eruption von zahllosen Purpuraflecken über den ganzen Rumpf, Gesicht, Kopf und Extremitäten mit Ausnahme der Fusssohlen und Handteller bekam. Die Schleimhaut des Mundes und die Conjunctiva blieb frei. Die Flecken waren stecknadelkopf- bis linsengross, confluirten nicht und lagen im Niveau der Haut. Während sich diese Flecken in den nächsten Tagen noch vermehrten, entstanden zugleich zahlreiche blaue, später gelb werdende Sugillationen. Der Stuhlgang war nur am ersten Tage nach der Eruption schwarz gefärbt; das Fieber liess allmälig immer mehr nach und schon am 5. Sept. verschwanden die Flecken fast ebenso rasch, wie sie gekommen waren. Die Genesung war vollständig.

Der zweite Fall betraf ein $^3/_4$ Jahre altes Kind. 14 Tage alt bekam das Kind Keuchhusten, der bis zur 15. Woche dauerte; danach erholte sich das sehr heruntergekommene Kind wieder völlig. Einen Monat später bekam das Kind, ohne dass vorher eine bemerkenswerthe Veränderung eingetreten wäre, Nasenbluten, Erbrechen blutigen Schleims und in ganz kurzer Zeit eine Eruption von zahlreichen Purpuraflecken über den ganzen Körper. Tags darauf fand Vf. das Kind mit beschleunigtem Athem und Puls. Der ganze Rumpf, Hals, Kopf, Gesicht und Extremitäten mit Ausnahme der Fusssohlen und Handteller sind gleichmässig mit etwa stecknadelkopfgrossen Purpuraflecken gesprenkelt. Einige sind deutlich erhaben und entleeren beim Anstechen einen Tropfen dunkles Blut. An Armen und Beinen einige Sugillationen, doch nirgends Vibices. Lippen, Zahnfleisch, Gaumen und Pharynx blutig gefleckt, in den Zungenpapillen zerstreute Hämorrhagien; die Zungenspitze erhält durch eine grössere Anzahl dicht beisammenstehender hämorrhagischer Papillen ein erdbeerenartiges Aussehen. Der Urin soll roth gewesen sein; Stuhl war seit 3 Tagen nicht dagewesen, und wurden deshalb einige Dosen Calomel gereicht. Bald stellten sich Krämpfe und Coma ein. Nach 2 Tagen Tod. Die Blutflecken haben zugenommen; die ganze hintere Fläche des rechten Oberschenkels ist blaugrün und zeigt eine 2 Ctm. lange, 1 Ctm. breite, aus lauter kleinen erhabenen Blutflecken bestehende Stelle, aus der Blut ausgetreten ist. Die Hämorrhagien der Zunge haben zugenommen, sie hat ein schmutziges pelziges Aussehen.

Sectionsbefund: In der Bauchhöhle wenig blutig gefärbtes Serum. Die Mesenterialdrüsen stark geschwellt, blutroth. Die solitären Follikel des Darms geschwellt, die Peyerschen Plaques markig infiltrirt. Die Schleimhaut des ganzen Darms mit Ecchymosen bedeckt; die Flecken sind linsen- bis erbsengross und haben ein fein gesticheltes Aussehen. Der Darminhalt ist hellgelb. Die Falten der Magenschleimhaut sind von dunkeln, zusammenhängenden Ecchymosen eingenommen, so dass ein getiegertes Aussehen hervorgebracht wird. Das Peritoneum ist frei; unter der rechten Niere findet sich ein zweithalergrosser, 5 Mm. dicker subperitonealer Bluterguss.

Die Milz ist 6 Ctm. lang, $3^1/_2$ Ctm. breit, schlaff, ohne Hämorrhagien, die Malpighi'schen Körper stark vergrössert. Die Leber ist blass, die Gallenblase mit hellgelber Galle gefüllt. Die Nierenkapseln sind leicht abziehbar, die Nierenoberfläche blutig gesprenkelt, Rinden- und Marksubstanz von zahlreichen kleinen Hämorrhagien durchsetzt. Im Mark der linken Niere findet sich 1, im Mark der rechten 2 halbbohnengrosse Herde mit zähem adhärentem Blutgerinnsel.

Zum Schluss hebt Vf. Folgendes hervor:

Die Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse waren, besonders im zweiten Fall, so günstig, dass man sie nicht anschuldigen kann. Bei dem zweiten Kinde könnte man wegen des Darmbefundes an Typhus abdominalis denken, wenn nicht, ausser vielen andern Gründen, der Ausbruch der Purpuraflecken mit dem Beginn der Erkrankung zusammenfiele.

Auffallend war die plötzliche Eruption und das ebenso plötzliche Verschwinden der Flecke, ohne dass eine Farbenveränderung vorherging, und das Betroffensein des Gesichts, was die Autoren übereinstimmend für sehr selten halten. Im ersten Falle waren die sichtbaren Schleimhäute frei, Darmblutung aber vorhanden; im ersten Falle ferner ein fieberhaftes Vorstadium, nach der Eruption leidliches Befinden, Mässigung des Fiebers; im anderen relatives Wohlbefinden bis zum Ausbruch, dann aber alle Symptome einer septischen Infection. Ob die 9 Stunden vor dem Tode bestehende hohe Temperatur nur die Bedeutung einer prämortalen Steigerung hatte, muss dahingestellt bleiben, dem Gefühl nach war die Temperatur nie wesentlich erhöht.

Das Eruptionsstadium dauerte im ersten Falle 8, im zweiten nur 5 Tage.

45. **Barthel.** Ein Fall von Pemphigus acutus. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1876, Nr. 1.)
46. **Déjerine.** Veränderungen der peripheren Hautnerven beim Pemphigus. (France médicale. 1876, 2. S.)
47. **Padova.** Einige Pemphigusfälle in epidemischer Form. (Giorn. Itall. delle Mal. vener. II. Jahrg. 1876. p. 30.)
48. **Hutchinson.** Cheiro-Pompholyx. (Lancet 1876. I. No. 18.)
49. **Vidal.** Inoculation von Ekthyma und Pemphigus. (Le Progrès médic. 1876, Nr. 27 u. 28.)
50. **Williams.** Eczema und Dysmenorrhöe. (Obst. Journ. of Gr. Brit. & Irel. XXXV. 1876. S. 729.)
51. **Squire.** Ueber die Behandlung des chronischen Eczems mit Bleiessig in Glycerin gelöst. (Med. Times and Gaz. 18. März 1876.)
52. **Wathen.** Ueber denselben Gegenstand. (Ebenda, 29. April 1876.)
53. **Finny.** Dermatitis exfoliativa oder Pityriasis rubra. (Dubl. med. Journ. 51, 1876.)

An Purjesz' Arbeit: „Zur Streitfrage über die Existenz des Pemphigus acutus“ anknüpfend (diese Viertelj. 1876 p. 444) veröffentlicht Barthel (**45**) folgenden Fall:

Ein 47jähriger Koch erkrankte mit Schüttelfrost, darauffolgendem Hitzegefühl und Kopfschmerz. Nach 2 Tagen sah man schon die ersten Bläschen, und zwar am Rücken, an den Innenflächen beider Schenkel und auch an anderen Hautstellen; diese Bläschen nahmen rasch an Umfang zu und erreichten in wenigen Stunden eine bedeutende Grösse. Nach 4 Tagen fand man auf dem Hinterhaupt links die Haare durch eine graugelbliche trockene Masse verklebt. Auf den Schulter- und Scapulargegenden und auf der inneren Fläche beider Oberschenkel bis zur Plica inguinalis und dem Perinäum die Haut in der Grösse mehrerer Handteller der Epidermis beraubt, so dass das Corium frei zu Tage liegt. Auf der ganzen Körperoberfläche mit alleiniger Ausnahme des Gesichts und der Hand- und Sohlenflächen befinden sich Blasen von der Grösse einer mittelgrossen Orange, deren Zahl sich auf 30—40 schätzen lässt. Die Blasen jüngeren Datums sind prall gespannt und mit einem völlig klaren Fluidum gefüllt; die älteren sind etwas welk, ihr Inhalt eitrig getrübt. Die Blasen sitzen theils zerstreut, theils in unregelmässigen

Gruppen, nirgends sind sie confluirend. Die Untersuchung der inneren Organe ergibt nichts Abnormes. Unter fortbestehendem mässigen Fieber dauerte die Eruption der Blasen durch 14 Tage fort, von da an trat kein Fieber mehr auf und es bildeten sich keine neuen Blasen; die Schulter- und Lendengegenden hatten sich bereits mit einer neuen Epidermis überzogen. Seither trat kein Recidiv ein.

Therapie: Mässige Dosen Chinin, local Lycopodium und eine Zinksalbe.

Dejerine studirte (**46**) einen Pemphigus- Fall bei einer an allgemeiner Lähmung und Gliederzittern leidenden Frau, welche 10 Tage vor dem Tode mit einer citronengelben, lymphoïden Flüssigkeit gefüllte Blasen von 2—3 Ctm. Durchmesser bekam, deren Sitz die Streckseiten der Extremitäten waren. — Die ganzen Blasen wurden herausgeschnitten, in Osmiumsäurelösung gehärtet und unter das Mikroskop gebracht. — Die Hautnerven der pemphiginösen Stellen waren insoferne verändert, als sie perlschnurförmige Stränge bildeten, welche Form daraus resultirte, dass der Inhalt der Nervenröhren zu kleinen Tropfen zusammenfloss (? A.). — Axenfäden konnten in den derart erkrankten Fasern nicht gefunden werden. Die Kerne der Nervenhüllen waren nicht besonders vermehrt. An den gesunden Hautstellen wurden die Nerven auch ganz gesund befunden.

Die seitlichen Rückenmarkstränge waren sclerosirt. Höchst wahrscheinlich (? A.) waren nicht nur die Hautenden der erwähnten Nervenfasern, sondern ihre ganze Länge gleichmässig mit dem kranken Rükkenmark erkrankt, das konnte jedoch bei der nur theilweise gestatteten Section nicht ermittelt werden.

Padova beschreibt eine kleine Epidemie von Pemphigus (**47**) die er im August 1875 in Pavia beobachtete.

1. Fall: Ein 7 Tage alter Säugling. Auftreten der Eruption am 5. Tage auf dem linken Arm. Verbreitung auf den ganzen Körper unter Fieber. Tod nach einigen Tagen. Die Amme soll gesund gewesen sein.

2. Von diesem Kinde erhielt seine Mutter nach einigen Tagen einige Blasen auf dem Handrücken, die bald verschwanden.

3. Gleichzeitig ein 4jähriger Bruder des Kindes eine Blase am Kinn.

4. 6 Tage nach dem Tode des ersten Kindes zeigten sich bei der Amme Blasen im Gesichte. Heilung in einem Monat.

5. Ein 3jähriges Mädchen dieser Frau erkrankt 2 Tage nach der Mutter an Blasen im Gesichte mit etwas Prodromen. Die Eruption dauerte 22 Tage.

6. Ein anderer Säugling von 10 Monaten wurde derselben Amme, als letztere schon Blasen im Gesicht hatte, anvertraut. Nach 2 Tagen Blasen im Gesichte, auf der Brust, den Vorderarmen und Schenkeln und endlich auf dem ganzen Körper (Ausgang? A.).

7. Ein neugeborenes Kind in einer Strasse nahe dem Wohnsitze des Falles 1 erkrankte ebenfalls an Blasen am Halse, der Brust, den Armen und successive an anderen Orten. Dauer der Eruption 18 Tage Kein Fieber. Heilung.

8. Ein 14tägiger Säugling.

9. Ein 2monatlicher Säugling.

30. Ein 3jähriges Kind in demselben Hause, wie Fall 9. — Sämmtlich geheilt.

Verf. schliesst daraus, dass ein acuter Pemphigus mit Contagiosität existirt, dass die Eruption bei den secundär Erkrankten weniger charakteristisch und weniger intensiv auftritt, dass sie nicht mit der Varicella infantum zu verwechseln ist und dass sie ausser in den heftigsten Fällen gut endet. (Vgl. diese Vierteljahresehr. 1870 pag. 451, Klemm, 1871 p. 283, Olshausen und Markus 1874 p. 603, Koch, 1875 p. 104 Moldenhauer.)

Als Cheiro-Pompholix beschreibt Hutchinson (**48**) ein Leiden, welches Tilbury Fox schon als Dysidrosis beschrieben hat. Meist bei Frauen im mittleren Lebensalter und von grosser nervöser Reizbarkeit treten symmetrisch an beiden Händen helle Bläschen und Blasen auf, welche tief liegen und Sagokörnern gleichen. Sie platzen oder werden resorbirt, es folgt eine leichte Desquamation und der Process ist vorüber, um über kurz oder lang wiederzukehren. Fälle von 12, ja 30jähriger Dauer des Recidivs kommen vor. Locale Ursachen sind unbekannt, locale Mittel ohne Erfolg.

Vidal (**49**) hat in mehr als 100 Fällen Ekthyma mit Erfolg übertragen und referirte in der Société de Biologie (24. Juni und 1. Juli 1876 über einen Fall, in welchem er an einem seiner Assistenten

mit dem Inhalte einer erst wenige Stunden alten Pemphigusblase eine Impfung vornahm. Am 4. Tage waren ähnliche Blasen um die Einstichstellen vorhanden. Eine zweite und dritte Impfung mit dem Inhalte der ersten resp. zweiten Eruption gab viel kleinere und in der dritten Generation nur eine Blase. — In einer späteren Sitzung der Société de Biologie konnte V. über einen zweiten Fall von Inoculation eines Pemphigus neonatorum auf einen Erwachsenen berichten.

Williams referirt (**50**) über folgenden Fall: Die nun 27jährige Patientin will seit dem 11. Jahre an Fluor albus leiden; der Abgang nahm im 14. Jahre in 4wöchentlichen Intervallen zu, im 17. Jahre traten zuerst die Menses ein, unregelmässig, aber schmerzlos. Im 15. J. entwickelte sich eine rauhe Stelle zwischen Mittel- und Ringfinger der rechten Hand, welche zur Zeit des Eintritts der Menstruation ganz verschwand. Im 18. Jahre bestand ununterbrochen blutiger Abgang ohne Schmerzen. Pat. erholte sich auf dem Lande. Im 21. Jahre stellten sich Schmerzen im Rücken und der Ovarialgegend ein bei der Regel und nun trat jedesmal etwa 14 Tage vor der Menstruation ein Eczem auf der rechten Hand auf, das Palma und Dorsum bedeckte und ebenso 4 Finger überzog, lebhafte Beschwerden verursachte und nässte. 1—2 Tage vor der Regel trocknet es ein ohne vollständig zu heilen. Die Menses waren profus, schmerzhaft, mit grosser Anämie verbunden. Bei längerem Arsenikgebrauch heilte das Eczem, die Menses wurden regelmässig, weniger profus und schmerzlos. Vf. vermuthet als Ursache der Menstrualbeschwerden eine der an der Hand ähnliche Proruption eines Eczems.

Squire empfiehlt (**51**) als ein die Zink- und Diachylon-Salben übertreffendes Mittel bei chronischem Eczem eine Lösung von Plumb. subaceticum in Glycerin.

Wathen (**52**) schreibt dafür folgende Formel vor: In 1 Unze gereinigtes Fett sind 2 oder 3 Drachmen Glycerin zu verreiben und in diese Mischung ist 1 Unze Bleiessig einzurühren.

Finny schildert (**53**) einen Fall von Pityriasis rubra Dévergie. Er unterscheidet die chronischen Fälle von den acuten, welche letztere öfters mit Scarlatina zu verwechseln sind, aber durch die mehrwöchent-

liche Dauer der Abschuppung sich bald aufklären. Der beobachtete Fall gehörte zu den chronischen und betraf eine Frau, welche 15 Geburten überstanden hatte. Vor 20 Jahren bekam sie einen Ausbruch, welchen sie seitdem nicht verlor, bis sie fünf Jahre später durch Bäder befreit wurde. Nach vierjähriger Immunität wurden Arme und Beine heftig ergriffen. Während früher der Ausschlag nässte, ist er seit drei Jahren trocken und schuppend und überzieht den ganzen Körper. Die Haut ist roth, auf Druck gelblich und mit grossen Schuppen besetzt, welche sicht leicht entfernen lassen. Die Augen sehen stark geröthet aus, ebenso Nase und Lippen. Bei Diureticis und später Arsen mit Chinin sowie äusserer Salbenbehandlung trat Heilung ein. (Die Fälle werden sonst nicht als der Heilung zugänglich beschrieben. Uebrigens liegt der Verdacht vor, ob nicht hier ein chronisches, universelles Schuppeneczem (Pityriasis rubra Willan) vorgelegen habe? A.)

54. **Obtułowicz,** Beitrag zur Pathologie und Therapie des Lichen exsudativus ruber. Aus der Klinik des Prof. Rosner. (Przegląd lekarski, Kraków, Nr. 28, 1876.)
55. **I. Neumann.** Beitrag zur Aetiologie der Psoriasis und
56. **Hebra.** Berichtigung. (Allg. Wiener med. Zeitung Nr. 1 und 2, 1877.)
57. **Cottle.** Die locale Behandlung der Psoriasis. (Lancet 1876. II. Nr. 14.)
58. **Clay.** Theer innerlich bei Psoriasis. (Brit. med. Journ. 12. Febr. 1876.)
59. **M'Call Anderson.** Derselbe Gegenstand. (Ebenda, 19. Febr.)
60. **Hircus.** Ders. Gegenst. (Ebenda 16. Decemb.)
61. **Löcherer.** Ueber einen Fall von Ichthyosis congenita. (Aerztl. Intell.-Bl. 1876, Nr. 28.)
62. **Bätge.** Zur Casuistik multipler Keratosen. (Deutsche Zeitschrift für Chir. 1876, 6. Bd.)

Folgenden Fall von Lichen ruber erzählt Obłutowicz (**54**) Patientin N., 40 J. alt, Frau eines Landmannes, ist nie krank gewesen und leidet zum ersten Mal an einer Hautkrankheit. Ihre Eltern sind ebenfalls nie hautkrank gewesen. Menstruation bekam sie im 18. Lebensjahre und hat 7 Geburten durchgemacht. Ihre jetzige Krankheit

trat vor einem Jahre an den Händen auf, dann an den Knien und Füssen, wobei die beträchtlich verdickten Sohlen rissig wurden, was auch mit der Haut der Handteller der Fall war. Die Nägel an Händen und Füssen waren dick und brüchig und ohne Glanz. Im Mai des Jahres 1875 verschwand der Ausschlag von selbst, im October jedoch begann er sich von Neuem ohne bekannte Ursache auszubreiten. Die Patientin trat am 5. Nov. 1875 in die Klinik des Prof. Rosner ein und es wurde Folgendes constatirt: Der Ausschlag bedeckte den Kopf, das Gesicht, den Nacken, Hals, die Brust, den Bauch, die Vorderarme, Schenkel, Handteller und Sohlen. An einigen dieser Stellen, wie im Gesicht, an den Handtellern und Sohlen, die Haut stark verdickt, wodurch ihre Spannung gesteigert war, namentlich an den Handtellern, wo auf diese Weise Risse entstanden, die ziemlich tief reichten und nicht selten bluteten. Es wurden der Kranken Solut. arsen. Fowleri und nachher Pil. asiaticae verordnet, neben Einreibungen von Theer. Bis zum 17. Jänner 1876 brauchte die Patientin 3 Grm. arseniger Säure aus. Da jedoch bei dieser Behandlung neue Knötchen an der Innenfläche der Schenkel und auf dem Rücken auftraten, so wurden der Kranken täglich ein warmes Bad mit Zusatz vvn 600 Grm. natr. carbon. und Einreibungen mit grauer Seife verordnet. Am 26. Februar wurde die Patientin auf ihr dringendes Verlangen aus der Klinik bedeutend gebessert entlassen, der Ausschlag war nämlich auf beide Vorderame, Handteller und die Innenfläche beider Schenkel begrenzt, an den anderen Stellen hatte die Haut ein vollständig normales Aussehen. Die Nägel an ihren Wurzeln vollständig regelrecht. Die Kranke tritt sehr gut auf ohne Schmerzen. Bald jedoch kehrte die Patientin in die Klinik zurück, in welcher sie bis zum 6. April verblieb. Es wurde fast dieselbe Behandlung wie vorhin eingeleitet. Bei Entlassung der Kranken war ihr Zustand um vieles besser als gegen Ende Februar, denn die Haut war an den Vorderarmen, an den Schenkeln und den beiden Seiten des Rumpfes zum normalen Zustande zurückgekehrt, sie hatte nur das Aussehen gleichsam von Gänsehaut; nur auf den Handtellern und Sohlen war sie dicker und gespannt, die Rhagaden vollständig vernarbt, so dass Patientin die Hände zur Arbeit gebrauchen kann. Die Nägel an den freien Rändern etwas verdickt. Die Pat. hatte 4·20 arsenige Säure und 12 Grm. sol. Fowl., somit 4·32 arsenige Säure ausgebraucht und 70 Bäder genommen.

Bei der mikroskopischen Untersuchung fand der Verf. die von

Neumann beschriebenen Ausläufer nicht. N. erachtet nämlich als am meisten bemerkenswerth die Anhäufung von Zellen der äusseren Haarwurzelscheide im Grunde des Haarbeutels, von welcher Stelle sich conische Verlängerungen bilden sollen, welche aus Zellen bestehen und der ganzen Scheide das Aussehen traubenförmiger Drüsen geben.

Dem Vf. ergab sich unter dem Mikroskop Folgendes: Das hirsekorngrosse Knötchen zeigte sich als eine Erhabenheit, bedeckt von einer dicken, von Carmin nicht gefärbten Epidermislage; die Epidermis steht hie und da in Form von Fransen ab, unter denen nicht selten reichliche inselförmige Ecchymosen zu bemerken sind. Auf dem Gipfel der gesammten Erhabenheit sieht man meistentheils eine muldenförmige Vertiefung, an deren Rändern gewöhnlich trichterförmig ausgeweitete Haarscheidenhälse mit in der Mitte befindlichen Haaren aufgestellt sind. An der oben beschriebenen Vertiefung befindet sich eine etwas dickere Epidermislage als in der Umgebung. Bei der Untersuchung der tiefer gelegenen Lagen fällt namentlich die Atrophie der Papillen gleich unter der Vertiefung auf, so dass statt 4—6 Hautpapillen wir nichts weiter finden ausser einer breiten Lage des Rete Malpighii oder höchstens unbedeutende Reste der atrophirten, gleichsam hineingedrängten Papillen. Unter den ziemlich deutlichen Zellen der Schleimschicht finden sich hie und da Exsudatkörperchen, selten jedoch Wanderzellen. Auch sieht man oft an dieser Stelle kleine Ecchymosen in Gestalt kleiner Inselchen oder wenigstens mit Blutfarbstoff erfüllter Zellen; in der Gefässchicht der eigentlichen Haut aber bemerkt man die Gefässe von rothen Blutkörperchen strotzend erfüllt, erweitert und von Säumen von Exsudatkörperchen umgeben, die gerade an den Gefässen in der grössten Zahl angehäuft sind. An der Grenze der oben beschriebenen, in der Mitte des Knotens befindlichen Vertiefung sieht man auf beiden Seiten hervorragende Papillen, vielleicht etwas länger und breiter als im Normalzustande, gleichsam geschwellt, mit der erweiterten Gefässschlinge in der Mitte und von ziemlich reichlichen Exsudationszellen besetzt. Sowohl diese Papillen im Knoten selbst als auch andere nebenbei sind sehr oft von einer Reihe länglicher, radienförmig angeordneter und mit feinkörnigem Blutfarbstoff erfüllter Zellen begrenzt. Die Contouren der Papillen selbst sind scharf. Die interpapillären Zwischenräume sind scharf gezeichnet und haben deutliche Kerne. Auf dem Gipfel der in der Nähe des Knotens liegenden Papillen kann man auch hie und da Ecchymosen in Form länglicher und von eingedrückten

Zellen umgebener Inselchen constatiren. Die Haarbälge sind mit in grösserer Anzahl angehäuften Epidermiszellen ausgefüllt, an den Haarwurzelscheiden kann man sehr oft Exsudatkörperchen antreffen. Im Uebrigen fand der Verf. weder Haare, noch Talg- und Schweissdrüsen verändert. Die eigentliche Lederhaut war geschwellt und zwischen ihren Fasern fand der Verf. häufig erweiterte Gefässe, Ecchymosen und Exsudatkörperchen in reichlicher Anzahl. Somit spricht das mikroskopische Bild für einen exsudativen mit Ernährungsstörung verknüpften Process; letzteres beweisen die atrophirten Papillen in der Vertiefung des Knotens.

Klink.

Indem Neumann (**55**) hervorhebt, dass zuerst von Köbner (1872), dann von O. Simon (1874), dann von ihm selbst und zuletzt von Wutzdorff (diese Vierteljahresschr. 1876) eine traumatische Entstehung der Psoriasis nachgewiesen worden sei, fügt er drei Fälle aus seiner Beobachtung hinzu, in welchen Ekzeme nach mehr oder minder vollständiger Heilung an den vorher ekzematösen Partien Psoriasis hinterliessen.

Der erste Fall betraf einen Studiosus medicinae. Das acute, nässende Ekzem breitete sich über die Kopfhaut und von da über die Stirne, den äusseren Gehörgang, Nacken und die Ohrmuscheln aus; die Cervicaldrüsen waren sympathisch geschwellt. Als das Ekzem in Folge der Behandlung sein Endstadium (Eczema squamosum) erreicht hatte, zeigte sich an der noch gerötheten Stelle eine Schuppenauflagerung von perlmutterartigem Glanze, die sich in Form von Gyri noch weiter ausbreitetete. Nach Entfernung der Schuppen kam ein blutendes Cutisgewebe zum Vorscheine.

Im zweiten Falle war es ein 10 Jahre altes Mädchen, welches an Eczem der Kopfhaut, des Gesichtes und der Oberarme litt. Die Kopfhaut war mit Krusten bedeckt, die Haare verfilzt, die Ohrmuscheln geröthet, geschwellt, die Haut stark nässend, die Gesichtshaut in ähnlicher Weise verändert. Das Eczem wurde nach der gewöhnlichen Methode beseitigt. Die Kopf- sowie Gesichtshaut wurde bald normal; dagegen blieben die Gegenden um die Ohrmuscheln geröthet und breitete sich diese Röthe in bestimmter Regelmässigkeit in Form von Gyri allmälig immer weiter aus und zeigten sich bald an der Gesichthaut die eclatanten Erscheinungen der Psoriasis, welcher erst 4 Wochen später die Psoriasis punctata am ganzen Körper folgte. Die Mutter dieses Mädchens litt an hochgradiger Psoriasis.

Als dritter Fall ist ein 40jähriges Individuum zu erwähnen, welches seit seiner Kindheit mit Prurigo behaftet und zu wiederholten Malen behandelt worden war. Als Vf. den Kranken vor wenigen Monaten wiedersah, war die rechte untere Extremität, welche wiederholt in Folge des Kratzens eczematös wurde (Eczema in pruriginoso) bis zur Mitte des Oberschenkels dunkel geröthet, geschwellt, verdickt, nicht nässend, mit breiten Schuppenlagen bedeckt. An der oberen Hälfte des Oberschenkels waren einzelne linsengrosse Hügelchen von perlmutterartig glänzenden Schuppen vorhanden, nach deren Entfernung ein blutendes Corium zum Vorschein kam. Am Stamme und an den Streckflächen des Ellbogengelenkes waren einzelne psoriatische Efflorescenzen.

Verf. fügt den drei erwähnten Fällen die bekannte Beobachtung hinzu, dass psoriatische Individuen, welche an Eczema Intertrigo leiden, auch an den sonst keinesfalls die Prädilections-Orte der Psoriasis bildenden Körperstellen, z. B. ad nates, an der Furche über dem Kreuz- und Steissbeine etc., psoriatische Efflorescenzen aufweisen; so wird es mehr als wahrscheinlich, dass in seltenen Fällen auch Eczeme bei zur Psoriasis disponirten Individuen in Psoriasis selbst übergehen.

Hierauf erfolgte von Hebra (**56**) in demselben Blatte folgende »Berichtigung.«

Dr. E. Wutzdorff in Berlin und Prof. Neumann in Wien lieferten in letzterer Zeit »Beiträge zur Aetiologie der Psoriasis« in welchen es heisst: dass man durch traumatische Einflüsse, z. B. Druck, Kratzen etc. dieses Leiden erzeugen könne. Zur Richtigstellung dieser Thatsache gehört jedoch noch dazu, dass diese äusseren Einflüsse nur dann Psoriasis-Eruptionen im Gefolge haben, wenn sie ein Individuum treffen, welches schon an Psoriasis litt oder noch daran leidet. Jemand, der eine ganz gesunde Haut hat oder wenigstens nie mit Psoriasis behaftet war, kann wohl allerlei andere Krankheitserscheinungen durch Druck, Reibung, Kratzen mit Nadeln oder den Fingern erhaschen, aber Psoriasis bekommt er davon nicht.

Diese Beobachtung, welche ich bereits vor 17 Jahren in der I. Auflage meines Werkes pag. 282 bekannt machte und auch in der II. Auflage desselben auf pag. 251 wiederholte, scheint den obbenannten Autoren nicht bekannt zu sein, sonst würden sie ihre Angaben nicht als Neuigkeiten oder als Bereicherungen der Aetiologie der Pso-

riasis in die Welt gesendet haben. So sehr es wünschenswerth erscheint, Forschungen über die Entstehungsursache der Hautkrankheiten an sich zu betreiben, oder anderweitige dermatologische Studien zu machen, so werden dieselben doch nur dann ihren Zweck erreichen, wenn sie auf neue Gesichtspunkte aufmerksam machen oder wirklich bisher unbeobachtet gebliebene Thatsachen mittheilen. Die mangelhafte Wiederholung schon richtig gestellter und dem Fachmann bekannter Wahrheiten sollte jedenfalls nicht als neue Entdeckung ausgegeben werden. (Vgl. die an uns gerichteten Zuschriften der Herren Wutzdorff und Köbner. Red.)

Nach Cottle's Vorschlag für die Behandlung der Psoriasis (**57**) sind alle Borken und Schuppen zu beseitigen, dann die Haut mit Aether einzureiben und abzutrocknen. Darauf wird eine Lösung von Gummi elasticum dick aufgetragen und so oft erneuert, als nothwendig. Die Haut wird bald feucht und weich und Schuppen werden nur noch wenig producirt. Am meisten empfiehlt sich eine Lösung von 1.0 Gummi elasticum (India-rubber) in 23,0 Chloroform. (Es entspricht das ungefähr der bekannten Methode des Deckens mit impermeablen Stoffen. A.)

Clay gab in zwei Fällen von Psoriasis (**58**) Theerpillen in Dosen von 3—144 Gran täglich ohne Erfolg.

Das Gegentheil behauptet (**59**) Anderson. (S. diese Vierteljahresschrift 1876, p. 85; Squire u. Anderson.)

Ein seit 1 Jahr mit Psoriasis behafteter Mann von 23 Jahren nahm nach Hircus (**60**) seit 10. März täglich 3 $\times$ 0.2 pic. liq. in Pillen, seit 17. März 4mal dieselbe Dosis. Am 24. März erschienen die erkrankten Stellen weniger erhöht. Bei allmäliger Steigerung der Tagesdosis bis zu 4·00 stellte sich Nausea und Diarrhöe ein. Nach mehrtägiger Sistirung wurde das Mittel in kleineren und selteneren Gaben wieder gegeben, bis Mitte Juni völlige Heilung eingetreten war, die Ende November noch andauerte. Das ist gewiss kein Erfolg des Mittels. P.)

Löcherer theilt folgenden Fall angeborener Ichthyosis (**61**) mit: Die verheirathete 36jährige Mutter hatte dreimal vorher ganz gesunde Kinder geboren, auch sind sämmtliche Blutsverwandte hautrein

und gesund, die Geburt des Knaben fand rechtzeitig statt. Das Kind erschien mit einem lederartigen Panzer bekleidet, der jedoch vielfach geborsten, rothe selbst blutende Schrunden und Risse, die nach der Geburt zahlreicher wurden, zeigte. Bis quadratzollgrosse Stücke der verhornten Epidermis lösten sich ab. Die unregelmässig gestalteten Fetzen des zerklüfteten Panzers fühlten sich wie hartes Leder an, waren anfangs weiss, färbten sich aber später schmutzig gelb. Die Dicke dieser Hautschilder betrug 2—3 Millimeter und zwar an der Kopfhaut am beträchtlichsten. Die Unnachgiebigkeit dieser Horndecke hatte die Entwicklung der Finger und Zehen, der Nase, der Lippen und der Ohrmuscheln, sowie der Augenlider gehemmt. Die Nase ragte nur ganz wenig hervor, man bemerkte zunächst nur Nasenlöcher; der Mund war stets weit geöffnet und die Oberlippen deckten den Kiefer nicht. An Stelle der Augen sah man zwei rothe hässliche Wülste, erst nach dem Tode des Kindes gelang es durch Auseinanderziehen derselben das Vorhandensein der Bulbi zu constatiren. Die Ohrmuscheln waren in eine dickere Anhäufung warziger Excrescenzen aufgegangen, ohne Aehnlichkeit mit der Form eines Ohres, erst bei näherer Untersuchung fand man, welche der Schrunden zwischen den lederartigen Warzen zum äusseren Gehörgange führe. Finger und Zehen rudimentär mit Andeutung der Phalangen und Nägel, der Lederpanzer an Händen und Füssen ungeborsten, daher das Volum der letzteren vergrössert.

Das Kind lebte zwei Tage; man konnte ihm nur verdünnte Milch einflössen, Saugen war unmöglich.

Eine histologische Untersuchung der Haut liegt nicht vor.

Bätge beschreibt (**62**) zwei Fälle von multipler Hornbildung. Der erste betrifft einen Mann von 60 Jahren und bestand angeblich seit einem Monate. An der Nase des Pat. sassen 4 Hörner, deren grösstes 1 Ctm. lang, 3 Mm. breit war. 2 kleine Hörner sassen an der linken Wange, nahe dem Auge.

Die Horngebilde bestanden aus flachen, meist kernhaltigen Epidermiszellen und zeigten an verschiedenen Stellen Risse und Spalten, entstanden durch das andringende Secret von Talg- oder Schweissdrüsen.

An einigen Stellen drangen die Hornmassen in das Innere der Talgdrüsen und Haarbälge ein. Die Papillen der Cutis an den Stellen,

wo die Neubildungen aufsassen, waren unverändert und nahmen keinen Antheil an dem Processe.

Der zweite Fall betraf ein Mädchen von 17 Jahren, welches im zweiten Lebensjahre einen über den ganzen Körper ausgebreiteten Ausschlag gehabt hatte, aus dem allmälig warzenartige Erhebungen hervorwucherten. Die untere Körperhälfte der Pat. vom Darmbeinkamm an war mit einer sehr grossen Anzahl verschieden grosser Hörner besetzt, die theils isolirt, theils in Gruppen standen. Die beiden Glutäalgegenden waren ziemlich gleich dicht besetzt, das rechte Bein zeigte eine weit grössere Anzahl der Neubildungen, als das linke. Dicht unter dem Nabel sass ein etwa 16 Ctm. hohes, am rechten Labium ein nur wenig kürzeres Horn.

Die Hörner bestanden ganz aus Epidermiszellen, welche näher der Basis kernhaltig, entfernter von derselben kernlos waren. Diese Zellen waren in Wellenlinien angeordnet. Hie und da enthielten die Hörner Blut, das wahrscheinlich in's Rete Malpighi ergossen und bei weiterem Wachsthum der Neubildung immer weiter vorgeschoben worden war. Blutgefässe fand Verf. nirgends in den Hörnern, auch enthielten die letzteren keine vergrösserten Cutispapillen, im Gegentheile war ihre Basis flach, die Papillen darunter waren zu Grunde gegangen, nur an der Peripherie der Basis waren die Papillen vergrössert, standen aber nicht aufrecht, sondern waren nach aussen umgebogen (? A.), wie verdrängt. Bei einem der Gebilde senkten sich die Hornmassen ähnlich wie beim Clavus in die Cutis ein.

63. Thoma. Anatomische Untersuchungen über Lupus. (Virchow's Archiv. B. 65. 1875.)

64. Colomiatti. Lupus vulgaris. (Dall' istit. anat.-path. di Torino. Torino 1875. 42 S. 8⁰ 1. Taf. Centralbl. f. d. med. W. 1876.)

65. Jurasz. Lupus laryngis. (Medycyna T. IV. Nr. 6. 1876.)

66. Stern. Beitrag zum Lupus erythematosus acutus. (Wiener med. Wochensch. 1876. Nr. 38.)

67. Friedländer. Ueber Epithelwucherung und Krebs. (Strassburg 1877.)

68. Thin. Zur Histologie des Technlioms. (Med. Chir. Transactions of the R. M. and S. Society in London. B. 59. 1876.)

69. J. Bell. Paraffin-Epithelioma am Scrotum. (Edinb. med. Journ. CCLIV. 1876.)

Thoma sucht in einer anatomischen Untersuchung über 18 Fälle von Lupus (**63**) den Nachweis dafür zu liefern, dass bei Lupus (ebenso wie bei vielen anderen Hauterkrankungen: Aussatz, Syphilis, Erysipel, Variola) perivasculäre Anhäufungen lymphoider Zellen das Wesentliche darstellen, dass aber diese Wucherungen bei Lupus und Lepra eine ganz besondere Mächtigkeit gewinnen und dass sie immer an den »Wachsthumspunkten« der peripherisch wachsenden Geschwülste getroffen werden. (Das gilt ebenso für Syphilis und Scrophulose. A.) Die Riesenzellen hält Vf. für Metamorphosen lymphoider Elemente. Die Wucherungs-Vorgänge im Epithel besitzen eine bloss secundäre Bedeutung, indem sie nur als Folgen der Erkrankung ihres Nährbodens angesehen werden müssen. Bisweilen kann dann eine mehr selbständige Wucherung der epithelialen Elemente sich herausbilden, so dass sie complicirende Epitheliome darstellt.

Um die pathologische Histologie der verschiedenen Lupusformen, speciell die Beziehungen des Lupus zu verwandten Erkrankungen, wie zur Tuberculose der Haut festzustellen, hat Colomiatti (**64**) eine ausgedehnte Reihe von Untersuchungen unternommen, denen ein ziemlich reiches Material zu Grunde liegt: 1—4) Fälle von Lupus hypertrophicus des Gesichts, 5. 6.) Fälle von Lupus nodosus der Extremitäten, 7) Ulcerationen des Gesichts auf syphilitischer Basis, 8) Lupus serpiginosus des Rumpfes und der Extremitäten (mit Syphilis) 9—11) Fälle von Hauttuberculose. C. stimmt den neueren Dermatologen bei, welche die verschiedenen in der älteren Literatur verzeichneten Lupi nodosus, hypertrophicus, exfolians, exulcerans, serpiginosus u. s. w. nur als verschiedene Erscheinungsformen oder Stadien ein und desselben pathologischen Processes betrachten. Pathologisch-histologische Differenzen existiren in diesen verschiedenen Lupusformen nicht. Dagegen unterscheidet C. auf Grund mikroskopischer Untersuchung den Lupus verus von dem Pseudolupus. Dieser ist seinem Wesen nach identisch mit der Tuberculose der Haut, die jedoch durchaus nicht immer lupöse Formen anzunehmen braucht. Histologisch identisch, jedoch in ätiologischer und therapeutischer Beziehung auseinander zu halten sind die beiden von C. unterschiedenen Unterabtheilungen des

Pseudolupus: Lupus syphiliticus und Lupus scrophulosus. Nach C. haben Friedländer's Untersuchungen keine echten Lupusformen sondern Fälle von Lupus scrophulosus, d. h. von lupöser Tuberculose der Haut zu Grunde gelegen.

Der wahre Lupus C's. ist eine Neubildung auf bindegewebiger Basis: sie tritt auf in Form von Knoten, die im Derma entstehen und wiederum kleinere Knötchen in sich schliessen. Die ersteren bestehen aus einem Reticulum ähnlich dem der Lymphdrüsensinus, welches von vielfachen Blutgefässen und Blutcapillaren durchzogen wird und zahlreiche farblose Körperchen einschliesst. Die einzelnen Knötchen, welche in diesen grösseren Knoten enthalten sind, werden gebildet von einer etwas weitmaschigeren Fortsetzung des eben erwähnten Reticulum und — in überwiegendem Masse — von epithelioiden Zellen und einigen selteneren Riesenzellen. Weder die epithelioiden Elemente noch die Riesenzellen haben jedoch zu dem Reticulum andere als Continuitätsbeziehungen: niemals besteht eine Continuität zwischen den Balken des Reticulum und den Riesenzellen, wie dies im Tuberkel der Fall ist. Wesentlich auf diesen Unterschied ist nach C. die histologische Differentialdiagnose zwischen Lupus verus und Pseudolupus zu begründen: Das Gewebe des ersteren hat niemals tuberculösen Charakter, sondern zeigt vielmehr eine grosse Analogie mit der von Ziegler in seinen Experimenten erhaltenen Neubildung. — Bei dieser wesentlichen Verschiedenheit der histologischen Constitution des Lupus verus und der tuberculösen Bildungen kann die äussere Aehnlichkeit, die mitunter zwischen diesen pathologischen Zuständen stattfindet — die Knötchenform der Tuberkel und die Knötchen im Lupus — nicht für ihre Uebereinstimmung geltend gemacht werden, sondern Lupus und Tuberculose sind als zwei durchaus verschiedene anatomische Kategorien zu betrachten.

Jurasz beschreibt (**65**) folgenden Fall von Kehlkopf-Lupus: Marie B., 14 J. alt, die Tochter gesunder Eltern, hat in ihrer Kindheit keinerlei schwere Krankheiten durchgemacht. Vor $1^1/_2$ Jahren entwickelte sich bei ihr fast gleichzeitig auf beiden Wangen und unter dem Kinn ein tuberculöser Ausschlag, der sich mit der Zeit ausbreitete und in Geschwüre verwandelte. Um diese Zeit bekam die Kranke Heiserkeit und Dyspnoë, die allmälig wuchsen. Beim Schlingen empfand die Kranke keine Schmerzen und ihr Allgemeinzustand war ein sehr guter. Am 8. Juli

1875 wurde die Kranke vom Verfasser zum ersten Male untersucht: ihre Ernährung war sehr gut, in der Mitte der beiden Wangen bestand eine ziemlich tiefe Geschwürsbildung, die etwa $1^1/_2$ Ctm. im Durchmesser hatte; ein ähnliches Geschwür befand sich auch unter dem Kinn. Die Geschwürsbildungen zeigten nach Angabe des Vf. alle Charaktere des Lupus. Die Stimme war klanglos, das Athmen mühevoll und von einem Laryngealpfeifen begleitet. Bei der Untersuchung mit dem Laryngoskop wurden beobachtet: völliger Mangel der Uvula und ein Tumor auf der linken Seite des weichen Gaumens bis zu dessen Mitte, nach oben und nach unten bis zur Tonsille reichend, von welcher letzteren er sich deutlich abgrenzen liess. Der Tumor war von der Grösse einer Wallnuss, glatt und mit dieser glatten Seite zur Mundhöhle gewendet; seine Oberfläche war verschwärt. Dieser Tumor wurde am 18. Juli exstirpirt und alsdann konnten die Veränderungen im Larynx constatirt werden. Vor allen Dingen fehlte die Epiglottis; statt ihrer fand sich eine glatte längliche Erhebung, an welcher die Ligg. glosso-epiglotticum medium et lateralia leicht zu erkennen waren. Von der genannten Erhebung zogen nach hinten zwei dicke, geschwellte Stränge, die sich mit den bedeutend geschwellten Cartilagines arytaenoideae verbanden. Diese Stränge in ihrem vorderen Theile etwas dicker, waren in der Mitte länglich, etwas ausgehöhlt und fassten auf diese Weise einen trichterförmigen Gang ein, dessen obere Mündung, von dreieckiger Form, die Glottis darstellte. Beim Aussprechen gewisser Buchstaben näherten sich die Stränge sammt den Cart. arytaen. einander und die Glottis stellte dann eine enge Spalte dar. Die Stimmbänder waren nicht zu sehen. Die Schleimhaut des Kehlkopfes war allenthalben geröthet und geschwellt. Der entfernte Tumor wies sich nach dem Vf. bei der mikroskopischen Untersuchung als Lupus aus. Von Syphilis war trotz genauer Untersuchung keine Spur. Der Verfasser behauptet, dass der Lupus vor allen Dingen die Epiglottis vernichtet hatte, dann auch die Ligg. ary-epiglottica und von hier aus auf die falschen Stimmbänder übergegangen war und auf diese Weise die ersteren mit den letzteren verbunden hatte. Weitere Operationen wurden dem Verfasser nicht gestattet. Klink.

Stern gibt (**66**) einen Beitrag zur Lehre vom acuten Lupus erythematosus (Kaposi). Er betraf eine 21jähr. Wäscherin, welche vor 6 Jahren an acutem Gelenkrheumatismus gelitten hatte. Ihre

Eltern starben an Tuberculose; von fünf Geschwistern starben vier. Sie selbst ist anämisch und amenorrhoisch. Der Ausschlag begann an den schmerzhaft geschwollenen Gelenken, Stamm und Gesicht sind frei. Es finden sich rothe Knötchen, einzeln oder in Kreisen, mit gelblich-weissen Schüppchen auf der Oberfläche. Beim Abreissen des Schüppchens zeigt sich eine erweiterte Follicularmündung. Durch Confluenz entstehen grössere Plaques. Temperatur über 39° C. Pericarditis. Es traten heftige Schmerzen in den Röhrenknochen der unteren Extremitäten auf. Nach 14 Tagen blasste der Ausschlag ab, das Fieber liess nach. In den nächsten 8 Tagen fanden Nachschübe von ähnlichen Efflorescenzen und von Acne statt; jetzt wird auch das Gesicht ergriffen. Nach 6wöchentlichem Aufenthalt wurde Pat., welche exspectativ behandelt wurde, als fast ganz hergestellt entlassen. (Ueber die Diagnose lässt sich wohl noch sprechen. A.)

Der neuesten Publication von Friedländer »über Epithelwucherung und Krebs« (**67**) entnehmen wir einige den Lupus, die Lepra, die Eleph. Arabum betreffende Stellen: Man beobachtet bisweilen epitheliale Ueberhäutung auf ulcerirendem Lupus ohne Heilungstendenz; es treten Lymphzellen zwischen die Epithelzellen, verästelte Epithelsprossen ziehen öfter in der Hefe und bilden ein ganz complicirtes Wechselverhältniss zwischen Epithel und Grundgewebe. (Dies Verhalten ist aber nicht etwa — wie auch der Vf. selber angibt — nur für den Lupus charakteristisch; auch ist darauf schon früher hingewiesen worden, wenn auch mit der Deutung auf ein den Lupus complicirendes Epitheliom, der sich Fr. nicht anschliesst. A.) Der alveoläre Bau des Lupusknotens ist auf ganz andere Bildungen zurückzuführen, hat auch nicht, wie Rindfleisch annahm, eine Beziehung zu Talg- oder Schweissdrüsenwucherung.

Analoge atypische Epithelwucherungen fand Vf. auch in einem Falle von Lepra, wo sie sowohl von den Ausführungsgängen der Schweissdrüsen ausgingen, als von den interpapillären Epitheleinsenkungen des Rete Malpighi. Die so entstehenden Netzwerke erklärt F. für unabhängig von den Lymphbahnen, in gleicher Weise wie bei Elephantiasis papillaris, für welche eben Stroganow (vgl. diese Viertelj. 1876 pag. 86) die Hypothese des Lympfgefässursprunges (Umwandlung von Lymphgefäss-Endothel in wahres Epithel) ausgesprochen hatte. (Vgl. weiter unten Thin u. Rajewski über Epitheliom.)

Thin ist (**68**) bei Untersuchung des Epithelioms zu folgenden Schlüssen gelangt: Es handelt sich dabei um abnormes Wachsthum von Epithel und um eine Erkrankung des Bindegewebslagers der Cutis, welch letztere er nicht für eine durch Druck des Epithels erzeugte Wirkung ansieht. Extravasation von Lymphzellen in das Bindegewebe erfolgt dabei wie beim Entzündungsprocess, doch organisirt sich das ausgetretene Blutmaterial nicht zu frischem Bindegewebe. Die Umwandlung von Lymphzellen in Epithelien durch den Contact mit Epithelzellen ist durch ihre Extensität von demselben Vorgange in normalem Gewebe unterschieden. Die Erkrankung des Bindegewebes scheint die Folge eines krankhaften Ernährungsvorgangs zu sein, der zu Absorption führt. Der Ansicht Rajewsky's, dass die neugebildeten Zellen von den Lymphgefässen ausgehen, setzt der Vf. seine Ueberzeugung entgegen, dass die Neubildung überall Platz greifen könne, wo eine präexistente Epitheloberfläche vorhanden ist.

J. Bell beobachtete (**69**) zwei Fälle von Epitheliom des Hodens (Schornsteinfegerkrebs) in Folge von Paraffindunst in Paraffinfabriken. Beide Kranke zeigten auch die bekannten Acneformen, welche der Theer und seine Derivate erzeugen.

70. **Mikulics.** Ueber das Rhinosclerom. (Arch. f. klin. Chirurgie XX. 3. Heft, 1876.)

71. **Barduzzi.** Ueber Sclerodermie. (Giorn. ital. del. mal. vener. e del. pel. Juniheft 1876.)

72. **Cruse.** a) Ein Fall von Sclerodermie bei einem Säuglinge. (St. Petersb. med. Zeitsch. 1875. H. 4.) b) Ein zweiter Fall von Sclerodermie bei einem Neugeborenen. (St. Petersb. med Wochensch. 1876. Nr. 20.)

73. **Tilbury Fox.** Ueber Morphaea (Addison's Keloïd). (Lancet. 1876. I. No. 24.

74. **Riemer.** Ein Fall von Argyria. (Arch. d. Heilk. XVII. S. 330, 1876.)

75. **Zabludowsky.** Ein Fall von Acne varioliformis. (Petersb. med. Wochensch. 1876. Nr. 27.)

76. **Carson.** Ischias und einseitige Schweisssecretoin. (Amer. Practitioner, Febr. 1876.)

77. Ortéga. Behandlung der Fussschweisse mit Chloralhydrat. (Bull. de Thérap. 1876, 90.)
78. Anonymus. Bromidrose der Füsse. (Lyon méd. 5. Sept. 1876.)
79. Page. Desgl. (Deutsche Zeitschrift für prakt. Med. 1876.)

Ausser den Beobachtungen von Hebra, Kaposi und Geber sind nach Mikulics (**70**) nur zwei Beobachtungen über Rhinosclerom und zwar von italienischen Autoren veröffentlicht worden, die eine von Tanturri, die andere von Ricchi.

Der letztere Fall ist etwas zweifelhaft und wird vom Verfasser nicht weiter berücksichtigt; der erstere aber bietet darum ein grösseres Interesse, weil Tanturri auf Grund einer histologischen Untersuchung sich zu dem Ausspruche berechtigt glaubte, das Rhinosclerom sei ein epitheliales Neugebilde und zwar speciell ein Epitheliom oder Adenom. Diesen scheinbar auffallenden Widerspruch mit den Untersuchungen in Wien klärt Verf. im Verlaufe seiner Arbeit dadurch auf, dass er in einem Falle im Rhinosclerомgewebe stellenweise derartige Epithelwucherungen fand, dass eine oberflächliche Aehnlichkeit mit Epitheliom entstehen konnte.

Vf. beschreibt nun zwei exquisite Fälle von Rhinosclerom, die zufälligerweise bald nach einander in der Klinik Billroth's zur Beobachtung gelangten; der eine dieser Fälle bestand schon seit 16 Jahren und befand sich in einem so vorgeschrittenen Stadium, wie keiner der bisherigen Fälle. In beiden Fällen wurde ein grosser Theil des erkrankten Gewebes mit dem Messer entfernt und zur mikroskopischen Untersuchung verwendet.

Die beiden Fälle des Vf. sind folgende:

I. Fall. 52jähriger Mann. Vor 16 Jahren bemerkte er zuerst ein kleines Knötchen an der Innenfläche des linken Nasenflügels, dann traten stärkere Blutungen aus der Nase und Unwegsamkeit des linken Nasenloches auf. Antisyphilitica blieben ohne allen Erfolg. Es wurden nacheinander der ganze linke Nasenflügel, dann die Nasenspitze, der rechte Nasenflügel, der mittlere Theil der Oberlippe, ihre Seitentheile und schliesslich auch die Mundwinkel und die Seitentheile der Unterlippe hart infiltrirt, rothbraun und aufgetrieben. Beide Nasenlöcher wuchsen vollständig zu, das linke vor ungefähr 5 Jahren, das rechte etwas später. Ferner verwuchsen beide Lippen von den Mundwinkeln her in dem Masse als die Infiltration an der Unterlippe weiter-

griff. Dadurch wurde der Mund immer kleiner, so dass Pat. immer schwerer Nahrung zu sich nehmen konnte; und dies wurde in der letzten Zeit so arg, dass der Kranke sich nur auf flüssige Nahrung beschränken musste.

Schon zu Beginn der Erkrankung waren überdies Entzündungsprocesse am weichen Gaumen und Rachen aufgetreten. Ferner hat er vor 2 Jahren an einer umschriebenen Periostitis und Ostitis der linken Clavicula gelitten, welche nach $^1/_2$ Jahr zur Abstossung eines kleinen Sequesters führte.

Es wurden 1875 auf der Klinik Billroth's den Nasenlöchern entsprechend 2 cylinderförmige Stücke aus der degenerirten Partie ausgeschnitten und Bleiröhren eingelegt. An der Stelle der Mundwinkel wurde beiderseits ein keilförmiges Stück excidirt, der gesunde Theil der Mundschleimhaut vorgezogen und an die äussere Haut angenäht. Die Wundheilung ging leicht und rasch von Statten, Pat. wurde nach 2 Wochen entlassen.

Die Mundschleimhaut war entsprechend der Degeneration der Lippen infiltrirt; ebenso ein Theil des Zahnfleisches. Die Knochensubstanz der Kiefer war intact, obwohl alle Zähne fehlten. Der weiche Gaumen fehlte, an seiner Stelle harte sehnige Narben, die bis auf die hintere Rachenwand hinliefen.

8 Monate nach der Operation war der Zustand des Pat. ein sehr zufriedenstellender. Die Nasenlöcher waren durch leichte Röhren aus rothem Kautschuk offen gehalten und die Mundspalte war so weit. dass Pat. Nahrung jeder Art zu sich nehmen konnte.

II. Fall (bis 1872 von Geber beschrieben). Frau von 25 Jahren. Die Infiltration begann im 19. Lebensjahre an beiden Nasenlöchern und zu gleicher Zeit am weichen Gaumen. Antisyphilitica waren erfolglos und locale Eingriffe hatten nur eine vorübergehende Besserung zur Folge. Im September 1874 kam Pat. auf die Klinik Billroth's. Es wurden durch 5 Monate parenchymatöse Injectionen von Tinct. Fowleri gemacht, aber auch ohne Erfolg. Desshalb wurden im Februar 1875 die Wucherungen an der Nase mit dem scharfen Löffel ausgekratzt; ausserdem musste ein Stück vom weichen Gaumen, welcher mit der hintern Rachenwand vollständig verwachsen war, excidirt werden, um die Communication zwischen Pharynx und Pharyngonasalraum wieder herzustellen. Pat. trug nun Bleiröhren in der Nase und war durch 3 Monate mit ihrem Zustand sehr zufrieden. Während einer

eingetretenen Gravidität aber erreichte die Infiltration einen höheren Grad als bisher.

Am 17. Jänner 1876 kam Pat. wieder auf die Klinik Billroth's. Der knorpelige Theil der Nase war fast um die Hälfte vergrössert, knorpelhart und braunroth, die Nasenlöcher nur so weit, als sie durch die eingelegten Bleiröhren erhalten wurden (5 Mm. Durchmesser), beide Nasenflügel durch unförmliche höckerige Wucherungen aufgetrieben und z. Th. exulcerirt. Ausserdem war der mittlere Theil der Oberlippe bis an den rothen Lippensaum von der Infiltration ergriffen. — Der Isthmus faucium war verengert und die Communication zwischen Pharynx und Nasenrachenraum bestand nur durch die vor einem Jahre angelegte Spalte.

Auf den Wunsch der Pat. wurden die Wucherungen an der Nase mit der Hohlscheere und der erkrankte Theil der Oberlippe mit dem doppelschneidigen Messer entfernt. Die Wunde heilte sehr leicht und nach 19 Tagen wurde die Kranke wieder entlassen.

Die Besserung hielt auch diesmal nur mehrere Monate an und gegenwärtig soll wieder der alte Zustand eingetreten sein.

Die Hauptmasse der excidirten Stücke fand Vf. gleichmässig blassroth, von der Consistenz des harten Specks, und doch mit dem Messer leicht zu schneiden. Neben dieser Hauptsubstanz liess sich noch makroskopisch deutlich Muskel-, Drüsen- und Knorpel-Gewebe unterscheiden, welche zum Theil in das kranke Gewebe eingebettet waren.

Die mikroskopische Untersuchung ergab Folgendes: Die oben erwähnte Hauptmasse bestand aus einem Rundzellengewebe, welches bald mehr, bald weniger dicht erschien und eine grössere oder geringere Menge von Bindegewebszügen enthielt. Der Vf. unterscheidet nun in Bezug auf dieses Maximum der Infiltration zwei Haupttypen, zwischen welchen es Uebergänge gibt, welche aber in ihren Extremen wohl zu unterscheiden sind. Der eine Typus entspricht jener Form der Infiltration, welche sich klinisch als einfache Verhärtung und Verfärbung mit geringer Volumszunahme kundgibt; die zweite Form entspricht den Knoten und Höckern, welche beim Rhinosclerom auftreten. Bei der ersten Form wird das originäre Gewebe so infiltrirt, dass geringe Reste desselben noch übrig bleiben; ausser den Bindegewebszügen der Cutis sind es noch vereinzelte Acini der Schleimdrüsen, Muskel- und Nervenfasern. Diese schwinden im weitern Ver-

laufe auch, aber erst allmälig und wie es scheint durch secundäre Veränderungen, welche im Rundzellengewebe auftreten und bisher nicht bekannt waren.

Die andere Form der Infiltration ist ausgezeichnet durch ein sehr dichtes, übermässig wucherndes Rundzellengewebe, welches die ursprüngliche Textur vollständig zerstört hat und die erwähnten Knoten bildet. Dass die Blutgefässe und wahrscheinlich auch die Lymphgefässe die Centren sind, von welchen die Infiltration ausgeht, sieht man daran, dass die Zellen der Adventitia und ihrer Umgebung reichlich proliferirt sind, so dass jedes Gefäss von einem Hof dicht gedrängter und stark tingirter Rundzellen umgeben ist.

Betreffs der Muskelfasern beim Rhinosclerom hebt der Vf. hervor, dass man einen grossen Theil derselben im Zustande der von Zenker sogenannten „wachsartigen Degeneration“ findet, welche wohl auch hier nur ein zufälliger Befund sein mag. Der Inhalt des Sarkolemms verliert aber überdies bisweilen die Querstreifung, wird homogen, zerfällt weiter zu blassen, unregelmässigen Schollen und schwindet schliesslich vollständig, so dass der leere Sarkolemmschlauch mit den Muskelkernen übrig bleibt, welche ein kernreiches Bindegewebe ausmachen und im Rhinoscleromgewebe untergehen.

Das Epithel erscheint an manchen Stellen wenig alterirt, und das ist dort der Fall, wo die Infiltration nur zu einer einfachen Verhärtung und Verfärbung der Haut geführt hat. Anders verhält es sich bei jenem Maximum der Infiltration, welches zur Knotenbildung führt. Hier ist das ganze Epithel an manchen Stellen auf eine dünne, aus wenigen Zellenlagen bestehende Schichte reducirt, welche flach dem unterliegenden Rundzellengewebe anliegt. Von Papillen und Interpapillarzapfen keine Spur. Stellenweise fehlt diese Epithellage vollständig und entspricht den nicht seltenen Excoriationen beim Rhinosclerom. An andern Stellen aber findet wieder eine ganz excessive Epithelwucherung statt. Die Interpapillarzapfen werden so lang und breit, dass sie selbst mit dem freien Auge gesehen werden können und daneben finden sich Epithelperlen, welche mit letzteren im Zusammenhange stehen. Das muss man wissen, um in keinen diagnostischen Irrthum zu verfallen, wie es Tanturri begegnete, welcher das Rhinosclerom für ein Epitheliom oder Adenom erklärte.

Während die bisherigen Beobachter den Mangel jeder Metamorphose am Rhinoscleromgewebe betonten, zeigt Vf., dass sich eine sehr

wichtige progressive Metamorphose ganz deutlich beobachten lässt, welche zur Bindegewebs- und schliesslich zur ausgesprochenen Narbenbildung führt. Es entwickeln sich aus Rundzellen Spindelzellen und diese gehen dann in feste Stränge über.

Der noch vorhandene Rest der Rundzellen zwischen den Bindegewebsmaschen geht im Schrumpfungsprocess zu Grunde. Interessant ist die Beobachtung des Vf., welche er an einem Theile dieser Rundzellen machte; er fand nämlich, dass sie vor ihrem Zugrundegehen von einer temporären Fettinfiltration befallen wurden. Es zeigte sich so stellenweise das Bild eines deutlichen Fettgewebes.

Den im Rhinoscleromgewebe eingeschlossenen Knorpel fand Vf. wenig oder gar nicht verändert. Er bewahrt hier eine grosse Resistenz und wird höchstens von den Flächen her etwas usurirt. Eine Zerstörung von Knochengewebe konnte Vf. nicht finden und glaubt auch, dass in andern Fällen dasselbe dem Processe grossen Widerstand leiste.

Nach alledem hält der Vf. das Rhinosclerom für einen chronischen, ausserordentlich langsam verlaufenden Entzündungsprocess. — Die Vorgänge an der Nase und am weichen Gaumen und Rachen hält er für identisch und glaubt, dass der Process irgendwo in der Nase oder im Pharyngo-Nasalraum entspringe und sich von da aus sowohl nach rückwärts als nach vorne fortpflanze.

Die Verschiedenheiten der Vorgänge am weichen Gaumen und an der Nase sammt ihrer Umgebung führt der Vf. auf die grossen anatomischen Differenzen dieser Theile zurück. Wichtig ist im Verlaufe des Rhinoscleroms die sichere Begrenzung, welche es in den bisherigen Fällen an gewissen Stellen gefunden hat, so am knöchernen Theil der äusseren Nase, am harten Gaumen u. a.

Dies sowohl als auch der histologische Befund spricht nach dem Vf. entschieden gegen die Auffassung des Rhinoscleroms als eine Art Sarcom. Was die Natur des Entzündungsprocesses betrifft, so weise vieles darauf hin, dass ein Zusammenhang mit erworbener oder hereditärer Syphilis möglich sei.

Barduzzi veröffentlicht (**71**) folgenden Fall von Sclerodermie: Emilie F., 27 J. alt, stammt von gesunden Eltern, hat gesunde Geschwister, welche, sowie sie selbst, nie an einer Hauterkrankung, acute Exantheme ausgenommen, litten, menstruirte im 18. Jahre,

heirathete im 19. und wurde nach 4 Jahren durch Infection von Seite ihres Mannes mit einem weichen venerischen Geschwüre behaftet, nachdem sie zweimal geboren hatte. Nach der Heilung desselben erkrankte sie an acuter Adenitis, welche bald geheilt wurde. Kurz nach einer dritten Entbindung empfand sie — angeblich in Folge Gewöhnung an eine Wärmflasche — Pruritus und Ameisenlaufen am rechten Oberschenkel vorne und oben und in der Inguinalgegend derselben Seite. Daselbst entdeckte sie zufällig, dass die Stelle, wo sie früher die Adenitis hatte, roth und in der Ausdehnung eines 5-Lirestückes hart geworden war. Der Pruritus dehnte sich dann weiter über den Unterschenkel aus, über den Fuss und verband sich mit einem Gefühle von Zerrung in der Streckseite. Sie machte Leinsamen-Umschläge. Die Bewegungen wurden schmerzhaft. Am Fussrücken ward die Haut hart und nahm die Beschaffenheit einer Narbe nach Verbrennung an. Allmälig verbreitete sich diese Verhärtung auf benachbarte Partien. Die erweichenden Kataplasmen und Jodkalium (innerlich) brachten keine Besserung. Dem rothlaufartigen Zustande der Haut folgte Abschuppung und Verfärbung, indem sie an einzelnen Stellen dunkler, an anderen lichter ward, als die normale. Das Allgemeinbefinden war gut. Die Menses hatten aufgehört. — Die rechte untere Extremität zeigte vom grossen Trochanter an bis zu den Zehen an der vorderen und inneren Fläche ganz, zum Theile auch an der hinteren die Haut glatt, gespannt, die Falten verstrichen, stellenweise weisser als normal, stellenweise lividroth, die kranken von den gesunden Partien deutlich abgegrenzt und wie lackirt. Die Tastempfindung, welche die erkrankte Haut beim Untersuchen darbietet, ist dieselbe, die man von der Hautstelle eines Leichnams bekommt, wo kurz vor dem Tode ein Vesicans applicirt worden war. (Besser ist der übliche Vergleich mit einer »gefrornen Leiche«. A.) Die Härte der erkrankten Haut ist an der inneren Schenkelfläche, am Fussrücken, in der Inguinalgegend am stärksten, hornartig. Die Extremität scheint um $^1/_5$ schwächer zu sein, als die gesunde. Die Haut ist nicht in Falten aufhebbar. Das Unterhaut-Bindegewebe scheint besonders am Fussrücken geschwunden zu sein. Die subcutanen Venen scheinen mit Ausnahme einzelner Partien der Saphena interna nicht durch; der arterielle Blutzufluss ist behindert. Die Schrumpfung der Haut ist am Fussrücken besonders deutlich; daselbst fehlt absolut jede Beweglichkeit der Gelenke, in der Hüfte und im Knie ist sie beschränkt. An einzelnen

Stellen schuppt sich die kranke Haut. Die Inguinaldrüsen der leidenden Seite sind vergrössert. — Am äusseren Winkel des linken Auges, ferner am rechten Vorderarme sieht man zwei farblose, vertiefte, harte, bei 20 Mm. im Durchmesser grosse Stellen. Die Zehen sind schwer beweglich, nach innen gekrümmt. Tast-, Temperatur- und Schmerzempfindung sind normal, die Schweisssecretion ist etwas vermehrt, die Temperatur und der Harn normal. Die Kranke steht noch in Beobachtung.

Cruse beschreibt (72) zwei in der St. Petersburger Findelanstalt von ihm beobachtete Fälle von Sclerodermie bei Säuglingen (zwei Mädchen), welche Krankheit er von dem Sclerem der Neugebornen unterscheidet. (Dieser Unterschied dürfte jedoch dem Wesen des Leidens nach kaum festzuhalten sein. A.)

Fall 1 war Nachts heimlich geboren, von der Mutter in den Abort geworfen worden, daselbst bei einer äusseren Temperatur von 20⁰ R. ein paar Stunden verblieben, und Nachmittags am folgenden Tage durch die Polizei in die Anstalt abgeliefert worden.

Acht Tage nach der Aufnahme bemerkte die Amme eine Anschwellung der Wangen des Kindes. Die Haut der Wangen war glänzend, von kleinen erweiterten Gefässen durchzogen, fühlte sich hart und starr an, ohne dass der Fingerdruck eine Vertiefung hinterlassen hätte oder Faltung möglich gewesen wäre. Gegen vorne war die Verhärtung von der Nasolabialfurche begrenzt, nach rückwärts allmäliger Uebergang in die normale Haut. Am 21. Lebenstage (12 Tage später) wurde man am linken Akromion einen leistenartig vorspringenden 1¹/₂ Ctm. breiten Streifen gewahr, der sich allmälig verschmälernd gegen die Fossa supraspinata hinzieht und 4—5 Ctm. lang ist. Auch hier ist die Haut starr, hart, gegen die normale Umgebung scharf abgegrenzt. Ueber dem linken Handrücken eine ähnlich beschaffene Stelle. Wiederum 8 Tage später (29. Lebenstag) lassen sich flache härtliche Knoten anfühlen, welche meist subcutan liegen, stellenweise aber auch ins Corium hineinreichen. Diese Knoten erreichen in wenig Tagen Erbsengrösse, sind dann alle mit dem Corium verschmolzen, stellenweise zu umfangreicheren Verdichtungen zusammengeflossen. Am 32. Lebenstage zeigt sich eine 7 Ctm. lange und 3 Ctm. breite ähnliche Stelle an der äusseren Fläche des linken Oberschenkels. Auch sind ein paar isolirte aber grössere Knoten zu tasten. Hautfarbe unver-

ändert, leichte Abschilferung der Epidermis. Schon bis zu dieser Zeit hat das Gewicht des Kindes langsam abgenommen, noch mehr geht es in den folgenden Tagen herab. Am 24. Lebenstage sind die Knoten am Oberschenkel zu einem diffusen starren harten Infiltrat zusammengeflossen; sehr feste Anheftung an die Fascie, stellenweise Einziehungen der Hautfläche. Am Unterkiefer, entsprechend dem ersten Backenzahne hat sich beiderseits eine quer leistenartig über den Kieferrand sich ziehende 1 Ctm. breite, etwas geröthete Verhärtung der Schleimhaut eingestellt. Zugleich traten Diarrhöen und Bronchitis ein. Am 36. Tage entwickelte sich eine analoge Verhärtung am rechten Knie und links unter dem Kniegelenke am Unterschenkel. Am 39. Tage Abnahme der Starrheit aller ergriffenen Stellen mit Verminderung ihres Umfanges und ihrer Stärke, welche Abnahme von da an progressiv ist. Vom 40. bis 46. Lebenstage Besserung, Zunahme des Körpergewichtes, vollständiger Schwund der Hautaffection in den Bauchdecken, an den anderen Stellen bloss kleine, leicht faltbare, weiche Reste nachweisbar. Am 47. Tage Temperatursteigerung, Pneumonie. 48. Tag — Tod.

Fall 2. 11 Tage alt. Am 16. Lebenstage bemerkte Vf. eine diffuse dunkelbraunrothe Färbung der Haut des Nackens und Rückens oberhalb der Schulterblätter und stellenweise zwischen denselben. Unterhalb der Schulterblätter findet sich eine fleckig-hellrothe Färbung der Haut, die sich bis zu den oberen Lendenwirbeln und etwa drei Finger breit zu den Seiten der letzteren ausbreitet. Innerhalb dieser so verfärbten Hautstelle finden sich zwei ziemlich scharf begrenzte starre Verhärtungen der Haut, deren eine die Höhe der ersten Brustwirbel einnimmt, während die andere nahe dem freien Rande des M. cucullaris liegt. Das Unterhautzellgewebe ist mitbetheiligt. Den hellrothen Flecken entsprechend sind zahlreiche, linsengrosse, meist isolirte Knötchen zu tasten, welche nicht tief gehen und so wie ihre Umgebung das Niveau der Hautfläche nur wenig überragen. Uebrigens war das Kind gesund. So wie in dem ersten Falle wurden auch hier Oeleinreibungen und Bäder angewendet.

Im weiteren Verlaufe wechselten sowohl die Intensität der Röthung als die Consistenz der indurirten Stellen häufig, so wie die isolirten Knoten allmälig zu zusammenhängenden Infiltraten verschwammen. Am 27. Lebenstage oder 10. Tage nach Constatirung der Hautkrankheit traten in der Gegend der Krümmung der 9. und 10. Rippe zwei neue Knoten mit entsprechender Hautröthung auf. Dies war der letzte Nach-

schub, das regressive Weicher- und Kleinerwerden der betreffenden Stellen wurde erst vom 34. Lebenstage, oberhalb der Schulterblätter gar vom 39. Lebenstage bemerkbar und erst am 80. Lebenstage beendet. Doch war in diesem Falle eine linsen-, resp. bohnengrosse Einziehung der Haut und eine geringere Verschiebbarkeit derselben im Bereiche der Infiltrate zurückgeblieben. Dieses Kind blieb gesund.

Als Morphaea bezeichnet Fox (**73**) kreisrunde weisse, wie polirt aussehende Stellen, welche leicht erhaben sind und einen röthlichen Rand haben, der stellenweise kleinste Bläschen trägt. Die Flecke sind weniger empfindlich, als die gesunde Haut, manchmal nahezu unempfindlich. Es handelt sich anatomisch um eine fibröse Entartung der Haut, welche oft Drüsen, Gefässe und Nerven obliterirt. Manchmal tritt vollständige Resorption ein, oder es bleibt dauernde Atrophie zurück. Besonders werden Nacken, Brust, Abdomen, Arme und Gesicht ergriffen. Meist tritt das Uebel einseitig, selten symmetrisch auf, es kommt bei zarten Frauen vor und ist manchmal ein frühes Stadium der Sklerodermie. Von Vitiligo unterscheidet es sich durch den Rand und die Texturerkrankung, während die als Vitiligo bezeichnete Pigmentatrophie auf einer sonst ganz normalen Haut sich zeigt. Die Therapie ist eine rein roborirende. Mit den bei Lepra vorkommenden anästhetischen Flecken hat die Erkrankung (wie der Verf. abweichend von anderen Autoren annimmt) keinen Zusammenhang.

Riemer verfolgt in der Fortsetzung seines Berichtes über einen Fall von Argyria (**74**) (vgl. diese Vierteljahresschr. 1875, pag. 549) den Weg der Pigmentirungen in den Geweben:

In der Leber zeigen die Arterien eine nicht ganz feinkörnige Silbereinlagerung, besonders in der Media und Adventitia. Die Kapsel ist gleichmässig mit feinen Körnchen bedeckt. Die Pfortaderverzweigungen zeigen durch Confluenz entstandene, schon makroskopisch sichtbare Flecke und Striche von Silber. Die Capillaren sind durchaus silberfrei; dagegen ist in den interacinösen Gallengängen das Silber dicht unter dem Epithel in Mengen angehäuft. In bedeutendem Masse participirt die Gallenblase, und zwar sowohl die Muskelbündel als das Bindegewebe der Schleimhaut. —

Die Nebenniere zeigt sich frei von Silber, nur die Kapsel ist davon überzogen.

In der Milz führen Kapsel und Trabekelsystem gleichmässig vertheiltes Pigment, ebenso die kleinsten Arterien, während die eigentlichen lymphatischen Gewebstheile, die Pulpa und die Malpighi'schen Körperchen ganz frei sind, Es entspricht mithin der Milzbefund demjenigen in den Lymphdrüsen.

Im Pancreas wie in den Speicheldrüsen sind die grösseren mit hohem Cylinderepithel ausgekleideten Ausführungsgänge der Drüsenläppchen hauptsächlichster Sitz der Ablagerung, während die eigentlichen Acini ganz frei sind. Vf. nimmt an, dass hier eine fortwährende Ausscheidung des Silbers stattfindet, das sich dann im Ausführungsgange niederschlägt.

An der Niere prägt sich die Argyrie nächst der Haut am meisten aus. Die sämmtlichen Glomeruli sind durch starke Ablagerung in schwarze Flecke verwandelt. Das Pigment zeigt sich hier sehr grobkörnig. Die Bowman'schen Kapseln sind ganz frei, ebenso die gewundenen Kanälchen und das interstitielle Gewebe der Rinde. In der Marksubstanz sind die Henle'schen Schleifen viel stärker imprägnirt als die Sammelröhren. Das interstitielle Gewebe der Marksubstanz ist, im Gegensatz zu der Rinde, stark betheiligt. Im Ureter zeigt sich wieder die Epithelmembran als Hinderniss für den Durchtritt des Silbers, welches unter derselben stark angehäuft liegt und sich in Muskeln und Bindegewebe überall zerstreut vorfindet. Am Hoden findet sich reichliche Ablagerung, besonders an der Grundmembran der Samenkanälchen, während die Epithelien silberlos sind. Die Tunica albuginea und T. vaginalis propria sind ähnlich dem Peritoneum gleichmässig feinkörnig imprägnirt.

Der Respirationstractus ist im Ganzen wenig betheiligt. In der Trachea ist das Bindegewebe der Mucosa, die glatten Muskelfasern und das Perichondrium spärlich durchsetzt. Die endoepitheliale Bindegewebsschicht ist hier auffallender Weise frei, was Vf. dafür zu sprechen scheint, dass durch die zahlreichen Schleimdrüsen und durch die Becherzellen, welche ja an der Secretion Theil nehmen, das Silber nach aussen abgesondert ist. An der ganzen Lunge zeigt sich nur am Perichondrium Silber; es muss also das Silber überall die Lunge frei passiren. Die Pleura, welche im vorliegenden Falle chronische Entzündung zeigte, war silberfrei.

Der Circulationsapparat endlich spielt bei der Argyrie selbstverständlich eine sehr bedeutende Rolle, da durch seine Vermittelung

das aus dem Darm durch die Chylusbahnen eingemündete Silber dem ganzen Organismus mitgetheilt wird. Das Myocardium zeigt grosse Silberkörnchen besonders im intermusculären Bindegewebe, das Pericardium und Endocardium gleich den anderen serösen Häuten feine gleichmässige Einlagerung. Die Aorta, welche stark atheromatös entartet ist, zeigt an diesen Stellen leicht graue Verfärbung, während an den dazwischen gelegenen vertiefteren Partien sehr grosse Massen unregelmässiger Silberschollen liegen, wahrscheinlich weil der Blutstrom weniger störend hier einwirkt. An der Pulmonalarterie ist die Versilberung viel geringer, als an der Aorta. Die kleineren und kleinsten Arterien sind alle mehr oder weniger stark betheiligt, während die Capillaren überall ganz silberfrei sind. Die kleinen Venen sind nur im Darmkanal ergriffen, von grösseren Venen wurde die V. portarum untersucht, welche eine feinkörnige Versilberung der Innenfläche erkennen liess.

Im Anschluss gibt F. Küster den Augenbefund: In allen bindegewebigen Theilen, mit Ausschluss des in den Nerven und der Retina und der Cornea findet sich Silber in Gestalt kleiner runder Körnchen. Je gefässreicher die Theile sind, desto zahlreicher tritt das Pigment auf. Dagegen fehlt das Silber gänzlich in den nicht direct von Gefässen aus ernährten Theilen, so in der Cornea, der Linse, der Linsenkapsel, Zonula, Glaskörper, dem Epithel der Cornea und Conjunctiva, ferner in den Nerven und der Retina, einschliesslich der Gefässe der letzteren. Es entspricht dies dem Mangel an Silber in der nervösen Substanz und der Neuroglia der Centralorgane. An der inneren Schicht der Subduralscheide des Opticus ist die Färbung schon makroskopisch zu erkennen. Die Lider zeigen nichts besonderes, in der Conjunctiva wurde keine stärkere Färbung wahrgenommen.

Zabludowski schildert folgenden Fall (75) als Acne varioliformis (frontalis Hebra). Die ganze Körperhaut war marmorirt, mit Erythemen besetzt, welche schuppten. Auf diesen Stellen finden sich zahlreiche Pusteln von Linsen- bis Erbsengrösse, welche theils mit braunen Schorfen besetzt sind, theils trichterförmige Vertiefungen zeigen. Die Pusteln sitzen auf einer erhöhten gerötheten Unterlage von 2—4 Mm. Weisse Narben zeigen sich an den Stellen früherer Pusteln. Eine Einreibungscur war ohne Erfolg, dagegen schwand der

Ausschlag unter Arsengebrauch, warmen Bädern und Auflegen von Empl. Hydrargyri.

In Carson's Fall (**76**) von Ischias war zugleich einseitiges Schwitzen des Kopfes und Gesichtes zu beobachten, welches durch Kauen und warme Getränke vermehrt wurde. $^1/_{70}$ Gran Atropin 3 Mal täglich innerlich soll der Naturerscheinung ein Ende gemacht haben. (Ob der Kranke nicht vom Hause aus ein halbseitiger Schwitzer war? A.)

Ortéga empfiehlt gegen stinkende Fussschweisse (**77**) eine 1 % Lösung von Chloralhydrat; ein Anonymus in »Lyon médical« (**78**) ein Streupulver von: Alumin. calcin. 10·0, Acid. salicyl. 11·0, Amyli tritici 30·0, Talc. Venet. 160.0, M. f. pulvis.; Page in ähnlicher Weise (**79**) folgendes Streupulver zwischen die Zehen: Ac. salicyl. 0·5, Ac. tann. 1·0, Talc. praep. Rhizom. Irid. flor. āā 20·0. F. pulv. (Alles vergeblich. A.)

80. Friedberger, Herpes tonsurans bei einem Hunde mit Uebertragung auf den Menschen. (Arch. f. Thierheilk. 1876.)

81. Ladreit de Lacharrière. Behandlung des Herpes tonsurans mit Crotonöl. (Bull. gén. de Thér. 1876 15. August.)

82. Lespiau. Jodtinctur mit Tannin und Glycerin gegen Herpes tonsurans. (Union med. 1876, Nr. 11.)

83. Balmanno Squire. Behandlung von Herpes tonsurans mit Goapulver, Chrysophansäure, Folia Cassiae alata. (Pharmaceutical Journ. and Transact. 16. December 1876. — British Medical Journ. 20. 27. Jänner, 3. 10. 24. Februar 1877.)

84. Thin. Ueber das Eczema marginatum Hebra's. (Engl. Practitioner. 1877. Nr. CIII.)

85. Sawicki. Die Behandlung des Favus. (Przegląd lekarski krakowski Nr. 34, 1876.)

86. Piffard. Favus. (The Medical Record, 12. Febr. 1876.)

87. Cantani. Petroleum als Heilmittel bei Favus. (Il Morgagni 1875, H. IV, pag. 271.)

88. Nyström. Ueber Alopecia areata. (Ann. de Derm. et Syphil., 7. Bd. 1876, p. 440.)

Ein an Herpes tonsurans leidender Hund übertrug nach Friedberger (**80**) das Leiden auf ein Dienstmädchen und einen Knaben, die sich viel mit ihm abgaben. Impfungen von den Schuppen des Hundes auf 4 Menschen blieben erfolglos, ebenso bei Uebertragung auf einen Hund, während ein zweiter Hund nach 19 Tagen deutlichen Herpes tonsurans zeigte. Versuche bei Katzen, Hühnern waren erfolglos, Impfung beim Kaninchen gelang, und zwar wieder unter dem Bilde des Herpes tonsurans. Mikroskopisch fand Vf. stets Conidien, meist Fäden und häufig Micrococcen in grosser Zahl. Im Haarinnern waren nie Pilzfäden enthalten.

Gegen Herpes tonsurans des Kopfes applicirt Ladreit (**81**) Crotonöl. Erst nach 24 Stunden entsteht ein pustulöser Ausschlag mit Borkenbildung. Beim Abweichen derselben folgen stets sehr viele Haare, manchmal das ganze Haar; sodann erfolgt bald die Heilung. Bei grosser Ausdehnung des Uebels werden immer nur kleinere Partien eingerieben. Die Kur dauert 6—8 Wochen. (Kanonen gegen Spatzen. A.)

Lespiau verwendete (**82**) gegen Herpes tons., von welchem er selbst in einer Epidemie bei Schweinen und Hunden ergriffen worden war, folgendes Medicament: Tannini 1·0, Tinct. Jodi 10·0, Glycerini 20·0. Durch 4 Tage 2 Mal täglich einzupinseln.

Bei Favus gab er 1 Gramm Calomel hinzu, und heilte damit ohne Epilation in kurzer Zeit die Pilzerkrankung. (Wir glauben nicht daran. P.)

In den letzten Monaten wird in den englischen Fachblättern (**83**) vielfach die Frage der Behandlung von Herpes tonsurans mit Goapulver und seinen Präparaten (vergl. diese Viertelj. 1875 pag. 502) discutirt. Die Ansichten der Autoren sprechen im Ganzen zu Gunsten des Goapulvers, nur Tilbury Fox wirft demselben vor, dass es die Stellen seiner Application bisweilen dunkelbraun färbe und von nicht grösserem Vortheil denn andere pilztödtende Mittel sei.

Da nach Attfield's Untersuchungen (Pharmac. Journ. 13. März 1875) das Goapulver 85% Chrysophansäure enthält, es daher wünschenswerth erscheint, diese Säure weiteren Versuchen zu unterziehen, während die in den Tropen gebräuchliche Methode der Anwendung des Goa-

pulvers — Anfeuchten desselben mit Wasser, Citronensaft oder Essig und Verreiben dieser Paste auf der erkrankten Stelle — wohl nicht die beste sein dürfte, so hat Balmanno Squire behufs Ueberführung der Säure in Salbenform mit Erfolg experimentirt. Hierzu löste er 8·00 Chrysophansäure und 30·00 Fett in möglichst kleinem Quantum kochenden Benzols über dem Wasserbade, kühlt dann die braune Lösung in kaltem Wasser ab und rührt, sobald die im kalten Benzol bedeutend weniger lösliche Säure sich abzusetzen beginnt, rasch und kräftig die ganze Masse über einem Verdampfungsapparat mit dem Glasstab um. Die so gebildete Salbe ist unendlich fein, enthält die Chrysophansäure als Präcipitat und verliert bald den Benzolgeruch. Squire hat dieses Präparat alsdann in mehreren Fällen, in denen das Mikroskop die Gegenwart von Trichophyton tonsurans nachwies, mit Erfolg versucht. Nach kurzer Dauer der Behandlung erschienen die vorher mit Pilzen übersäeten Haarstümpfe völlig frei von denselben und blieb die Genesung eine dauernde.

Auch bei Psoriasis und Lupus erwies die Chrysophansäuresalbe sich wirksam, doch gibt er keine genaueren Daten.

Die ebenfalls Chrysophansäure, wenn auch in geringem Grade enthaltenden Blätter von Cassia alata fand David Foulis in Indien am wirksamsten gegen Ringwurm. Die Einwohner reiben die erkrankten Stellen energisch mit den frischen Blättern, ohne dass diese Procedur Schmerz erzeugt und lassen den ausgepressten Saft auf der Haut. Nach einigen Tagen soll völlige Genesung eingetreten sein.

Die neueste Bereitungweise der Chrysophansäure - Salbe, welche Squire nachträglich acceptirt hat, beruht auf dem einfachen Processe der Schmelzung der Säure in heissem Fett. 7·0—8·0 derselben lösen sich in 30·0 Fett, doch ist diese Salbe eine sehr concentrirte. Die heisse Salbe muss in einem Mörser bis zum Kaltwerden umgerieben werden und Zusatz von 2 Tropfen Rosenöl ergibt alsdann ein äusserst angenehmes Präparat. Schumacher II. Aachen.

Thin liefert (**84**) die Krankengeschichte eines hartnäckigen Falles von Eczema marginatum an Schulter, Kinn und Oberschenkel. Die Stelle am Schenkel besteht seit 12 Jahren. Von Interesse sind die Bemerkungen über pathologische Geographie von Hautkrankheiten, welche der viel gereiste Vf. daranknüpft. Er behauptet, dass das Uebel in England zu den seltenen gehöre. (Dieses ist auch bei uns der Fall,

und nicht auffallend, trotzdem sowohl Ringworm als Eczem in England häufig sind, aus deren Verschmelzung das Eczema marginatum unter gewissen Umständen hervorgehen kann. P.) In China soll das Uebel häufig vorkommen.

Vf. hat Hautkrankheiten in China, Wien, Paris und London beobachtet, und stellt die Behauptung auf, dass zwar die Frequenz der Hautkrankheiten in verschiedenen Ländern eine verschiedene sei, dass aber derselbe Morbus überall dieselben Symptome zeige. So sind Prurigo in England und Frankreich kaum zu finden, einzelne Fälle aber, welche er gesehen habe, seien ganz identisch mit der Krankheit in Wien. Dasselbe gelte von Lichen ruber und von Eczema marginatum, welch letzteres in China häufig, in England selten sei, aber doch dieselben Symptome überall zeige. (Vgl. die ähnlich gefärbten Anschauungen der amerikanischen Dermatologen über diesen Punkt. A.)

Sawicki (**85**) schlägt folgende Behandlung bei Favus ein: Es wird ein Teig gemacht aus Kreide oder Gypsmehl mit 5—10%iger Carbolsäure; auf den ganzen Kopf, auf dem vorher genau alle Haare abgeschnitten worden, wird dieser Teig $^1/_2$ Ctm. dick aufgestrichen und dann der Kopf mit feuchter Leinwand verbunden. Nach 3 Mal 24 Stunden wird die ganze Kruste abgenommen, die Haut mit Kaliseife gereinigt und von Neuem derselbe Verband angelegt. Um den Teig geschmeidiger und weicher zu machen, ist es gut, demselben etwas Oel und Spiritus hinzuzusetzen. Die Genesung tritt dem Verf. zufolge nach 3—4maliger Application ein. Klink.

Piffard hat (**86**) ein Zurückbleiben der geistigen und körperlichen Entwicklung bei Favus schon mehrere Male beobachtet und glaubt, dass dies mehr als ein zufälliges Zusammentreffen ist (!? A.) Zur Behandlung muss nach P. die Entfernung der Haare systematisch vorgenommen und täglich an dem hiezu bestimmten Fleck fortgesetzt werden. Die nackten Stellen werden hierauf mit einer Sublimatsolution (2 Gr. auf 1 Unze) gründlich abgerieben und dies längere Zeit fortgesetzt.

Cantani (**87**) wendete bei einem Manne, welcher an der Brust und in der Lendengegend mit Pityriasis versicolor behaftet war, während sich am Arme eine dicke und breite Kruste von Tinea favosa

vorfand, folgende Therapie an: Die Pityriasis wurde durch Waschungen mit Sapo viridis und durch Einpinselung der Tinct. veratri albi beseitigt. Auf die Kruste am Arme liess C. zuerst Leinsamen-Cataplasmen auftragen und später fleissige Einpinselungen mit grossen Mengen von Petroleum vornehmen. Nach 14 Tagen war eine bedeutende Besserung, nach 4 Wochen vollständige Heilung eingetreten.

Nyström gelangt nach einer Untersuchung der Area Celsi (88) zu folgenden Resultaten:

1. Dieselbe ist keine parasitäre Erkrankung, das Ausfallen der Haare ist Folge einer Trophoneurose.

2. Die von verschiedenen Autoren (Gruby, Bazin und Malassez [Vgl. diese Vierteljahresschr. 1874. p. 431]) beschriebenen Pilzelemente stammen nicht von der erkrankten Kopfhaut, sondern von Baumwollfäden (nur?), von jenen Kopftüchern herrührend, mit welchen in Pariser Spitälern die Köpfe umwunden werden. (Die Frage nach dem parasitären Charakter der Area Celsi scheint uns schon lang abgethan. P.)

Nekrolog.

Wir verzeichnen mit Bedauern den Tod eines der hervorragendsten französischen Dermatologen, Alphée Cazenave. Er publicirte 1828 (mit Dr. H. E. Schedel) einen „Abrégé pratique" der Hautkrankheiten nach den Vorlesungen des wissenschaftlich hochverdienten aber federscheuen Biett, — ein Buch, welches mehrere Auflagen erlebte und die Namen Biett-Cazenave weit über die Grenzen Frankreichs hinaus rühmlichst bekannt machte. Für die französische Dermatologie gab dasselbe den Anstoss, dass die Alibert'sche Richtung, welche die Lehre von den Hautkrankheiten in ihrem schematischen und oberflächlichen Formalismus zu ersticken drohte, verlassen und der Versuch gemacht wurde, den gesünderen Weg der objectiven Beobachtung nach Plenk's und Willan's Vorgang einzuschlagen.

In den Jahren 1844, 1845, 1850—51 und 1851—52 veröffentlichte Cazenave, der eine Abtheilung für Hautkranke im Hospital St. Louis leitete und als Professeur agrégé dort Vorlesungen hielt, die „Annales des maladies de la peau et de la Syphilis", von denen jedoch nur 4 Bände erschienen sind, in welchen Cazenave seine hervorragenden Arbeiten (z. B. über Lupus erythematodes, über Eczem, Psoriasis, Pemphigus u. s. w.) niederlegte. Im Jahre 1856 veröffentlichte C. noch „Leçons sur les maladies de la peau", welche jedoch keine neuen Arbeiten enthalten, sondern nur als eine veränderte Form des Abrégé aufgefasst werden können. Seither hatte Cazenave nur selten mehr zur Feder gegriffen. Unsere Fachwissenschaft verliert mit ihm einen ernsten und an Erfolgen reichen Forscher und die französische Schule und Literatur einen gewandten Lehrer und Schriftsteller. Auspitz.

Bibliographie des Jahres 1876.

III. Verzeichniss.

(Fortsetzung von Jahrg. 1876 pag. 476 und 666.)

Dermatologie und Vaccine.

Albutt T. Clifford, Ueber »innere« Hautkrankheiten. Arch. of Dermatol. III. 1. p. 1; Oct.

Baas, Joh. Hermann, Geschichte der Impfung. Gesundheit I. 20.

Bell, Charles, Ueber Behandlung d. Erysipelas mit Tinct. ferri muriatici. Edinb. med. Journ. XXII. p. 97. (Nr. 254.) Aug.

Bergeron, J., u. A. Proust, Ueber Chinineruptionen. Ann. d'Hyg. 2. S. XLVI. p. 17. Juillet.

Bergh, R., Bericht über die 2. Abtheilung des allgemeinen Hospitals in Kopenhagen (Hautkrankheiten). Hospit.-Tidende 2. R. III. 35. 36.

Bertholle, Ueber recidivirenden Herpes der Haut. Gaz. des Hôp. 105.

Bulkley, L. Duncan, a) Tödtliche Variola haemorrhagica bei der Mutter; confluirende Variola bei dem Kinde. — b) Zur Behandl. der Hautkrankheiten. — c) Ungewöhnl. Form von Tinea circinata. — d) Alopecia areata. — e) Acuter Lichen. — f) Purpura rheumatica. Arch. of Dermatol. II. 4. p. 297, 307, 311—314. July.

Bulkley, L. Duncan, Ueber Herpes Zoster. Amer. Journ. N. S. CXLIII. p. 21. July.

Burckhardt-Merian, Recidivirendes scharlachähnliches Exanthem. Schweiz. Corr.-Bl. VI. 13.

Caspari, Ueber die Impfung im Fürstenthum Lippe. Deutsche med. Wochensch. II. 32.

Clever, Affection aller serösen Häute bei Scharlach. Petersb. med. Wochensch. 19.

Couty, Purpura nervösen Ursprunges. Gaz. hebd. 2. S. XIII. 36.

Crookshank, Harry, Ueber Behandlung d. chronischen Ekzem. Brit. med. Journ. Sept. 2. p. 300.

Cruse, Sclerodermie bei einem Neugebornen. Petersb. med. Wochensch. 20.

Day, W. de F., Ungewöhnliche Erscheinungen bei Variola. Arch. of Dermatol. II. 4. p. 289. July.

Déjerine, J., Ueber Veränderungen von peripher. Hautnerven bei Pemphiguseruption. Gaz. des Hôp. 105. — Gaz. de Par. 34. p. 408.

Déjerine, J., Pemphigus bei allgemeiner Paralyse. Arch. de Phys. 2. S. III. 3. Mai-Juniheft.

De Smet, Ed., Pemphigus mit eigenthümlichem Verlauf. Presse méd. XXVIII. 31.

Dukes, Clement, Acuter allgemeiner Herpes. Lancet I. 25. June.

Etheridge, J. H., Ueber Rötheln, Scharlachfieber und Masern. Chicago med. Journ. and Examiner XXXIII. 4. p. 312. April.

Firnat, John, Locale Anwendung von salpeters. Blei gegen Erysipelas. Philad. med. Times VI. 223. June.

Foerster, R., Ueber die Verbreitungsweise der Masern und des Scharlach. Jahrb. f. Kinderheilk. X. 1 u. 2. p. 164.

Foot, Arthur Wynne, Fall von Sclerodermie. Dubl. Journ. LXII. (3. S. Nr. 55.) p. 5. July.

Ford, de Saussure, Fibrom der Haut. Amer. Journ. N. S. CXLIII. p. 103. July.

Fox, Tilbury, Acuter allgemeiner Lichen planus, einen syphilit. Ausschlag vortäuschend. Lancet II. 4. July.

Fox, Tilbury, Ueber Lepra tuberculosa. Med. Times and Gaz. Sept. 2.

Fronmüller, sen., G., Elephantiasis der weiblichen Genit. Memor. XXI. 5.

Gamborg, Bericht über die Abtheilung fur Hautkranke im Reichshospital vom 1. Jan. bis 15. Oct. 1875. Norsk Mag. 3. R. VI. 8. S. 485.

Goetz, E., Ueber Urticaria. L'Union 74.

Goetz, E. Ueber acute Hautkrankheiten b. Neugeb. L'Union 88.

Grancini, Gioachimo, Ueber die Vaccinationen im Mailänder District in den JJ. 1874/75. Ann. univers. Vol. 235. p. 446. Maggio.

Guibout, E., Ueber Erythem. Gaz. des Hôp. 78. 81.

Guibout, E., Ueber Varicella. Gaz. des Hôp. 98.

Hardy, Ueber Zona. Gaz. des Hôp. 103. 104.

Jean, Alf., Variola haemorrhagica; Decidua menstrualis. Bull. de la Soc. anat. 4. S. I. 1. p. 171. Janv.—Févr.

Keller, L. Jos., Ergebnisse der Blatternepidemie in den JJ. 1872—1874 bei den Bediensteten der k. k. priv. österr. Staatseisenbahn-Gesellsch. Wien. med. Wochensch. XXVI. 33—35.

Kernig, W., Masern gleichzeitig mit exanth. Typhus. Petersb. med. Wochensch. 14.

Kolaczek, Circumscripte Hautatrophie. Deutsche med. Wochenschrift II. 32.

Küster, Conr., Salicylsäure gegen Fussschweisse. Deutsche Ztschr. f. prakt. Med. 38.

Ladreit de Lacharrière, Ueber Behandlung der Tinea tonsurans mit Crotonöl. Bull. de Thér. XCI. p. 97. Août 15.

Lang, E., Ueber den flachen Hautkrebs und die ihn vortäuschenden Krankheitsprocesse. Deutsche Ztschr. f. prakt. Med. 32.

Löcherer, Fall von Ichthyosis congenita. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXIII. 28.

Lubelski, Wilhelm, Ueber die Anwendung des Crotonöls gegen Flechten. Gaz. hebd. 2. S. XIII. 31. p. 488.

Mc Clelland, M. A., Gangränöses Erysipel. Chicago med. Journ. and Examiner XXXIII. 5. p. 404. May.

Macgregor, William, Parasit. Hautkrankheit. Glasgow med. Journ. VIII. 3. p. 343. July.

Marchand, Felix, Incubation von Variola und Scarlatina. Berl. klin. Wochensch. XIII. 28.

Marty, J., Fälle von acutem Gelenkrheumatismus mit Affection der Haut, der serösen Häute und der Miction. Gaz. des Hôp. 85. 86.

Mauriac, Charles, Ueber neuralg. Herpes der Genitalorgane. Gaz. des Hôp. 68. 74. 80. 96. 97. 100.

Meinert, E., Erysipelas bullosum nach der Impfung. Deutsche med. Wochensch. II. 35.

Milroy, Gavin, Ueber Contagiosität des Aussatzes. Med. Times and Gaz. July 22.

Mohns, C., Ueber den Schornsteinfegerkrebs. J. D. Jena.

Molinari, G. B., Die Schabmethode bei Haut- und venerischen Krankheiten. Gazz. Lomb. 7. S. III. 32.

Moty, Fernand, Ueber Vaccination im Bezirk Biskra. Rec. de mém. de méd. etc. milit. 3. S. XXXII. p. 248. Mai—Juin.

Murdfield, Franz, Ein Beitrag zur Kenntniss des Lichen exsudativus ruber. Inaug.-Diss. Greifswald 1875. F. W. Kunike. 8. 23 S.

Muselier, Paul, Ueber den semiologischen Werth des Ecthyma und dessen Beziehung zur Syphilis. Paris. J. B. Baillière et fils. 8. 125 pp.

Munro, W., Zur Aetiologie u. Geschichte des Aussatzes. Edinb. med. Journ. XXII. p. 242. (Nr. 255.) Sept.

Neumann, Isidor, Zur Kenntniss des Pemphigus. Wien. med. Jahrb. IV. p. 409.

Nolli, Giovanni, Ueber conservirte animale Vaccine. Gazz. Lomb. 7. S. III. 26.

Nolli, G., Spontane Vaccinpusteln Gazz. Lomb. 7. S. VII. 25.

Notter, J. Lane, Ueber Desinfection bei Scharlach. Sanitary Record IV. 103; June.

Oidtmann, H., Der Rückzug der Impfgläubigen. Ein Wendepunkt in der Culturgeschichte der Gesundheitspflege. Leipzig L. Senf. 8. 19 S. 30 Pf.

Ollier, Ueber Elephantiasis der Nase. Bull. de l'Acad. 2. S. V. 33. 34. p. 845. 862. Août 16. 22.

Orr, R. Scott, Pemphigus chronicus. Glasgow med. Journ. VIII. 3. p. 296. July.

Peters, Ueber das Reichs-Impfgesetz. Deutsche med. Wochenschrift II. 26.

Pick, a) Ueber das Erythema exsudativum multiforme. — b) Beziehungen von Hautkrankheiten zum Diabetes. Prag. med. Wochensch. I. 29. 32.

Piffard, Henry G., Grundriss der Hautkrankheiten. London and New-York. Macmillan and Co. gr. 8. XII and 375 pp. mit Illustrationen.

Purvis, T. P., Zur Statistik der Vaccination. Public Health V. August 4.

Rezek, E., Carbolsäure-Injectionen bei Prurigo und Psoriasis. Wien. med. Presse XVII. 36.

Rezek, E., Uebertragung des Scharlachcontagiums durch Aerzte. Petersb. med. Wochensch. 15.

Risel, O., Zur Statistik der Krätze. Berl. klin. Wochenschr. XIII. 28. p. 412.

v. Rothmund, Ueber Erysipelas. Bayer. ärztliches Intell.-Bl. XXIII. 29.

Scaramella, Girolamo, Ueber Vaccination. Ann. univers. Vol. 235. p. 418. Maggio.

Schwimmer, Ernst, Ueber den Heilwerth der Salicylsäure bei acuten Exanthemen. Wien. med. Wochensch. XXVI. 33—36.

Squire, Balmanno, Behandlung der Psoriasis mittelst Kautschuküberzug. Brit. med. Journ. July 8 p. 43. — Med. Times and Gaz. Aug. 19. p. 202.

Squire, Balmanno, Fälle von Lupus vulgaris, behandelt mittelst Abschabung. Med. Times and Gaz. Aug. 26. p. 223.

Stevens, Edward B., Belladonna als Prophylacticum gegen Scharlach. Philad. med. Times VI. 209; Nov. 1875.

Thiébaut, Fälle von Variola. Revue méd. de l'Est V. 12. p. 361. Juin.

Tscherepnin, Die Hautkrankheit der Sarten. Petersb. med. Wochenschr. 2.

Turner, Ueber die Periode der grössten Ansteckungsfähigkeit bei Scharlach und Masern. Public Health IV. June 30.

Variola, Behandlung durch Entziehung d. Sonnenlichts. Journ. de Brux. LXII. p. 529. Juin.

Vogelsang, Variolois complicirt mit Scarlatina. Memorabilien XXI. 4. p. 174.

Vogler, C. H., Recidivirendes Exanthem. Schweiz. Corr.-Bl. VI. 13.

Wassilewsky, S., Ueber Eiweisskörper im Harn b. Scarlatina. Petersb. med. Wochensch. 11.

White, James C., Fälle von Hautkrankheiten. Boston. med. and surg. Journ. XCIV. 20. p. 565. May.

Wood, Horatio C., Hautverfärbung, durch Silberoxyd bedingt. Philad. med. Times VI. 213. Jan.

Zabludowski, P. J., Acne varioliformis. Petersb. med. Wochenschrift 27.

Syphilis.

Antoniewicz, Eustach., Operative Behandlung der Phimose trotz specif. Geschwüre. Wien. med. Presse XVII. 38.

Bouchard, Ueber Hygieine und Prophylaxe bei vener. Krankheiten. Gaz. hebd. 3. S. XIII. 30. 32. 34. 36.

Bruck, Leopold, Der Sublimat als Heilmittel bei der Blenorrhoea urethrae. Med. Centr.-Bl. XIV. 27.

Bulkley, L. Duncan, Tuberculöse Syphilis bei der Mutter; congenitale Syphilis und gewöhnl. Ekzem bei dem Kinde. Arch. of Dermatol. II. 4. p. 313. July.

Chiene, John, Ueber Behandlung d. Nachtrippers. Med. Times and Gaz. June 24.

Cory, Robert, Ueber den Ursprung der Syphilis bei Kindern. Lancet I. 25; June.

De Smet, Orchitis blennorrhagica bei Retention des Hodens in dem Leistenkanal. Presse méd. XXVIII. 30.

Dickson, H., Ueber Carbolsäure gegen Syphilis. Lancet II. 9; Aug. p. 309.

Diday, P., Ueber Syphilis bei Glasbläsern. Gaz. hebd. 2. S. XIII. 33.

Durand-Fardel, Die Prostitution in China, L'Union 73.

Ensor, F., Aneurysma d. Aortenbogens mit Syphilis-Symptomen. Lancet II. 1. July.

Fleury, Syphilitische Ulcerationen an der Eichel; syphilitisches Ekthyma an verschiedenen Körperstellen; entzündliche Harnröhrenverengung; syphilitische Kachexie; Tod. Gaz. des Hôp. 103.

Friedberg, N. Verdacht auf Nothzucht; Uebertragung der Syphilis auf ein Kind. Viertelj. f. ger. Med. N. F. XXV. 1. July.

Gosselin, Verengung der Harnröhre; constitutionelle Syphilis; Schleimplaques an d. Haut d. Scrotum. Rhagaden. Gaz. des Hôp. 78.

Grünfeld, J., Ueber hypoderm. Injectionen von lösl. Hg.-Albuminat. Wien. med. Pr. XVII. 35. 36. 38.

Haibe, Harter Schanker an der Vorhaut; phagedän. Schanker in der Harnröhre; Perforation der Harnröhre; Phlegmone; Harnfistel; Heilung. Presse méd. XXVIII. 38.

Hardy, Serpiginöses pustulo-impetiginöses Syphilid. Gaz. des Hôp. 93.

Herpin, Hodenkrebs bei einem Syphil. Bull. de la hoc. anat. 4. S. I. 1. Jänner—Februar-Heft.

Kjör, Zur Aufstellung d. Statistik d. vener. Krankheiten. Norsk Mag. 3. R. VI. 9.

Korsum, A., Ueber die Veränderungen der Röhrenknochen bei Neugebornen in Folge hered. Syphilis. Chir. Centr.-Bl. III. 29.

Lanzoni, Federigo, Aphasie syphilitischen Ursprungs. Il Raccoglitore med. XXXIX. 25. 26. p. 185. Sett.

Longworth, L. R., Ueber Behandlung der Syphilis. The Clinic X. 23, June.

Mauriac, Charles, Ueber Syphilis der Nasenrachenhöhle. Gaz. de Par. 24.

Mauriac, Charles, Ueber schwere syphilitische Affectionen d. Larynx. Ann. des malad. de l'oreille et du larynx II. 3. p. 136. Juillet.

Maury, F. F., Phagedän. Schanker. Philad. med. Times VI. 223; June.

Maury, F. F., Ueber einige zeitig auftretende Formen der Syphilis. (Lichen, Schanker, Bubo.) Philad. med. and surg. Reporter XXXIV. 23. p. 441. June. — Ueber tertiäre Syphilis. Ibid. XXXV. 5. p. 81. July.

Maury, Frank F., Ueber die Stadien und die Behandlung des Trippers. Philad. med. and surg. Reporter XXXIV. 25. p. 481. June.

Merkel, S. B., Sandelholzöl gegen Tripper. Philad. med. Times VI. 220; April.

Mickle, W. Julius, Ueber Syphilis bei Geisteskranken. Brit. Rev. LVIII. (115) p. 161. July.

Morrow, P. A., Diphtheroide syphilit. Initialaffection an d. Glans penis. Arch. of Dermatol. II. 4. p. 303. July.

Parrot, J., Ueber Knochenaffectionen bei hereditärer Syphilis und Rhachitis. Arch. de Physiol. 2. S. III. 2. p. 133. Mars et Avril.

Proksch, J. K., Die älteste Venediger Sammlung der Schriften über den Morbus gallicus. Med. chir. Centr.-Bl. Nr. 39.

Proksch, J. K., Ein Beitrag zu den Sammelwerken der ältesten Schriften über Syphilis. Med. chir. Centr.-Bl. Nr. 47.

Robinson, Charles H., Gonorrhöe; acut. Rheumatismus; Pneumonie. Brit. med. Journ. July 8. p. 43.

v. Sigmund, Ueber subcutane Injection von Bicyanuretum hydrargyri bei Syphilis. Wien. med. Wochensch. XXVI. 37.

Sturgis, F. R., Zur Aetiologie der hereditären Syphilis. Chicago med. Journ. and Examiner XXXIII. 6. p. 514. June.

Sturgis F. R., Syphilitische Entzündung des Mittelohrs. Philad. med. Times VI. 216. März.

Voss, R., Ueber die Uebertragbarkeit der Syphilis durch Milch. Petersb. med. Wochensch. 23.

Wood, H. C., Ueber Gehirnsyphilis. Philad. med. Times VI. 215. 217; Febr., March.

Zeissl, H., Grundriss der Pathologie und Therapie der Syphilis und der mit dieser verwandten vener. Krankheiten. Stuttgart. Enke. 8. XII u. 336 S.



Lith. Anst. v. Appel & Comp. Wien.
Gez. v. Dr. Sänger, lith. v. Dr. J. Heitzmann.

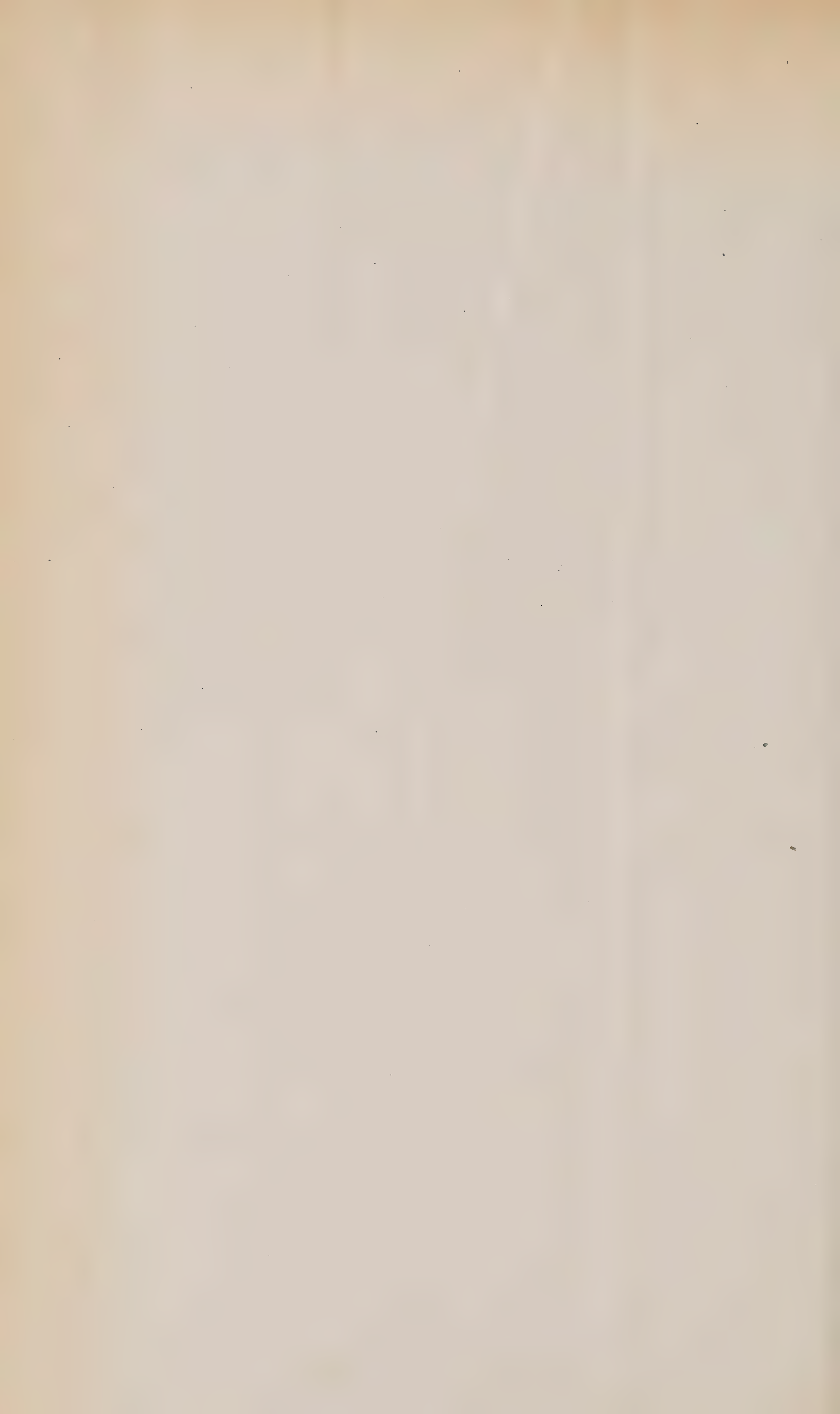
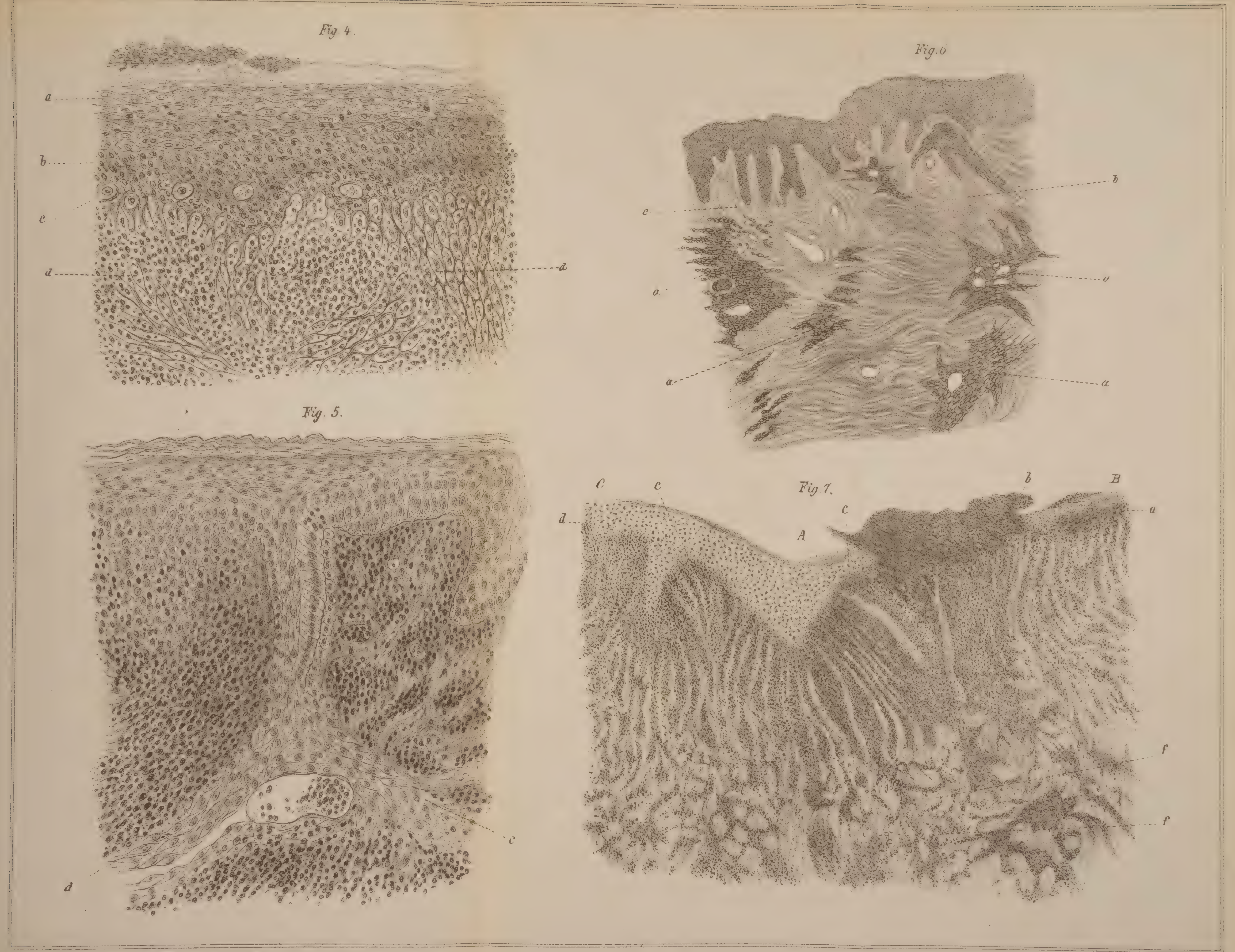
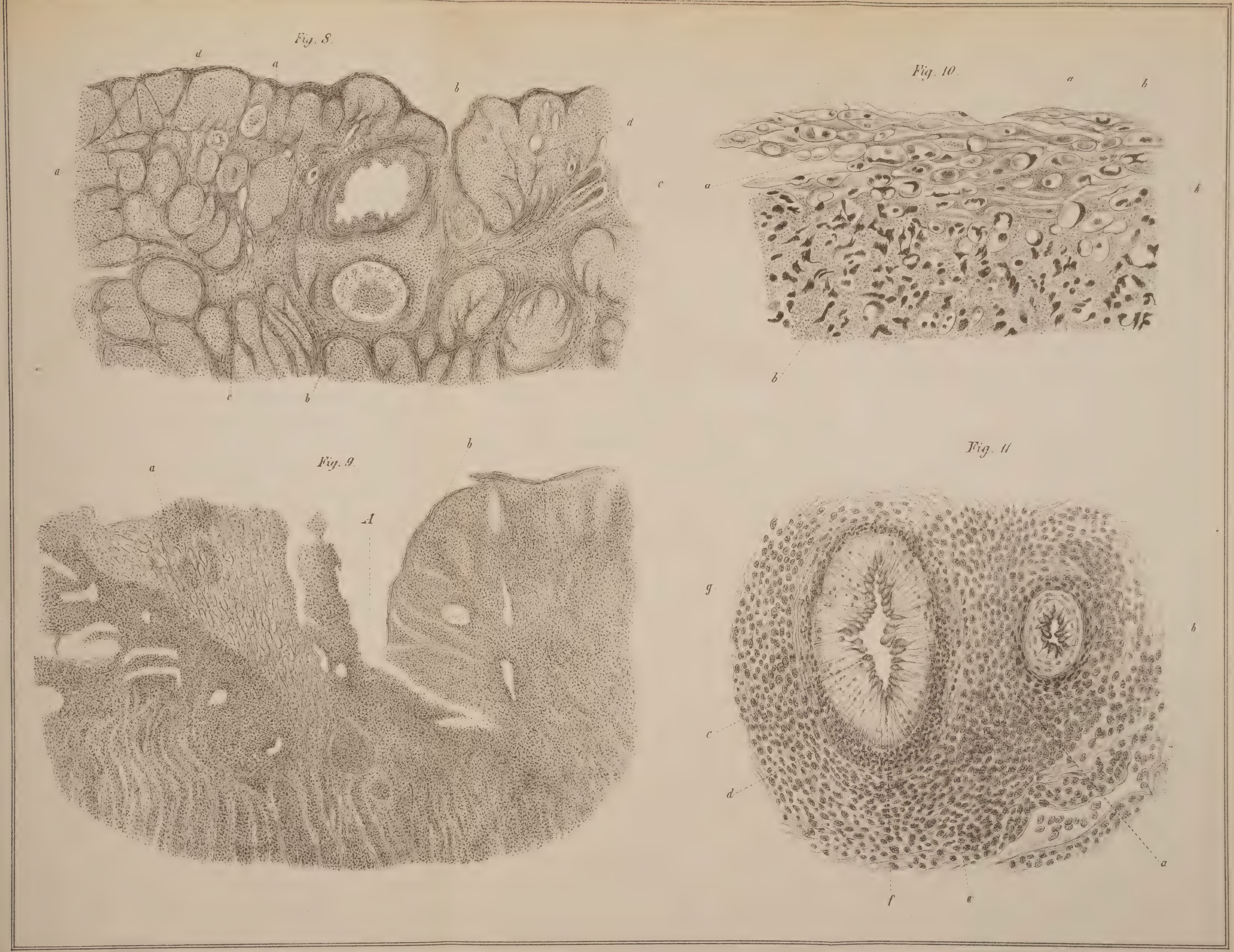



Fig. 1.
Fall 21
Fall 22
Fall 28
Fall 23
Fall 24
Fall 27
Fall 8
Fall 20
Fall 30
Fall 33
Fall 26
Fig. 2.
A
b
a
B
c
Fig. 3.
A
a
b
c
B
d
C

[illegible]

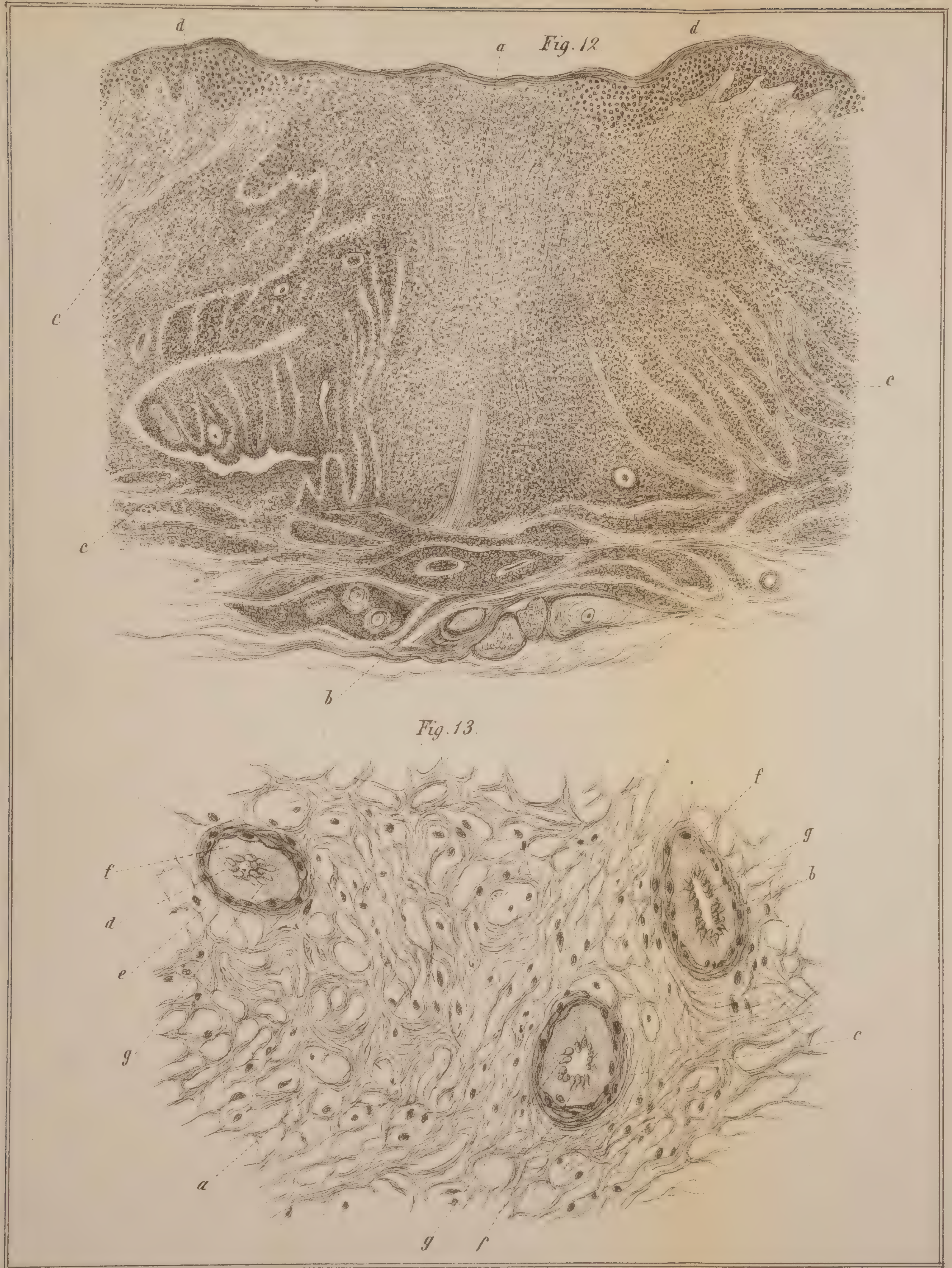

Fig. 4.
a
b
c
d
d
Fig. 5.
c
d
Fig. 6.
b
c
c
a
a
a
Fig. 7.
C
c
d
c
A
b
B
a
f
f





Gez. u. lith. v. Dr. J. Heitzmann




Fig. 12
a
b
c
c
c
d
d
Fig. 13
a
b
c
d
e
f
f
f
g
g
g



Originalabhandlungen.



Chemischer Nachweis von der Ausscheidung des Quecksilbers durch den Harn Quecksilberkranker nach dem Gebrauche der Aachener Kaiserquelle.

Von Dr. **J. Edmund Güntz** in Dresden.

Nach dem Vorgange von Aerzten in Schwefelbädern hat auch Dr. Reumont in Aachen den Nachweis geliefert, dass nach dem Gebrauche der Aachener Schwefelwässer bei der sogenannten latenten Syphilis die Symptome der Krankheit wieder zum Vorschein kommen. Derselbe hat in seinen 1859 und 1864 erschienenen Schriften[1]) durch zahlreiche Krankengeschichten zuerst auf klinischem Wege beschrieben, in welcher Weise die Erscheinungen der wieder aus der Latenz getretenen Syphilis zur Beobachtung kommen können und hat hierauf verschiedene, wichtige Schlüsse begründet, welche unter Anderem auch für die Diagnose der Syphilis eine Bedeutung haben. Andere Aachener Aerzte haben später ähnliche Beobachtungen veröffentlicht.

Ich selbst habe im Laufe der letzten Jahre unter den Kranken, welche in meine Behandlung kamen, 600 geeignete Fälle ausgewählt und mit Schwefelwässern, zum Theil in Verbindung mit der Einreibungskur behandelt und ich wende bei bestimmten Erkrankungsformen diese Behandlungsmethode mit gewissen Modificationen noch heute an. Hiernach habe ich die bestimmte Ueberzeugung gewonnen, dass namentlich in denjenigen Fällen, bei welchen Quecksilberkuren vorhergegangen waren, wie solche so häufig noch in übermässiger Weise von vielen Seiten geübt werden, der Ein-

[1]) Die Aachener Schwefelthermen in syphilitischen Krankheitsformen. Erlangen. -- Beiträge zur Pathologie u. Therapie der constitutionellen Syphilis. Erlangen.

fluss der Schwefelwässer auf die Kranken und ganz besonders auf deren Quecksilbererscheinungen ein sehr wohlthätiger ist. Einestheils werden die Symptome einer acuten und chronischen Quecksilbervergiftung gemildert und beseitigt, eine Thatsache, welche hinlänglich bekannt ist, anderentheils kommen die Symptome der bisher latent gewesenen Syphilis sehr häufig in unzweifelhafter Weise wieder zur Erscheinung, eine Thatsache, welche merkwürdiger Weise von anderen Fachmännern geläugnet, angezweifelt oder unberührt gelassen wird.

Selbst anerkannte Lehrbücher lassen hierüber eine Lücke. Nur Professor Bäumler bezieht sich in seinem Lehrbuche der Syphilis (Ziemssen's Sammelwerk) auf meine und Reumont's Erfahrungen, wünscht aber von mir noch eine genauere Begründung. Auch Pick und Auspitz (Referat in der Vierteljahresschrift für Dermatol. u. Syphilis) acceptiren meine Erklärung nicht, welche ich hierüber in meiner Schrift „Die Einreibungskur bei Syphilis in Verbindung mit Schwefelwässern, Fr. Fleischer, Leipzig 1872", gegeben habe.

Ich habe die Möglichkeit von dem Verhalten, dass nach dem methodischen Gebrauch der Schwefelwässer Syphilis-Erscheinungen aus der Latenz treten können, sowie den Umstand, dass die Symptome der Quecksilber-Vergiftung durch den Gebrauch der Schwefelwässer zu schwinden pflegen, auf die Weise zum Theil erklärt, dass das Quecksilber hierbei aus dem Körper ausgeschieden werde. Die Wege, auf welchen das Quecksilber ausscheidet, können ebenso verschieden sein wie die Wege, auf welchen es in den Körper eindringt. Die Ausscheidung kann durch den Speichel, durch die Leber, durch den Harn geschehen. Den Nachweis anderer Ausscheidungswege, Schweiss, Milch etc. wollen wir hier unberührt lassen. Der Nachweis des Quecksilbers im Harn ist am schwierigsten; jedoch wenn er gelingt, ist jede im Körper selbst liegende Fehlerquelle absolut auszuschliessen, da dem als Untersuchungsgegenstand dienenden Harn sich innerhalb des Körpers von aussen kein Quecksilber beimischen kann, während bei der Untersuchung des Darminhaltes mit seiner aus der Leber stammenden, etwa Quecksilber enthaltenden Absonderung behauptet werden könnte, dass das vielleicht nachgewiesene Quecksilber sich schon vorher im Darmkanal befunden habe. Kleinste Theilchen des Queck-

silbers können, von aussen zugeführt, in einer Ausbuchtung oder auf einem Darmgeschwür in irgend einer chemischen, im Darminhalt unlöslichen Verbindung lange Zeit liegen geblieben und gerade zur Zeit des Versuchs gelegentlich und zufällig mit dem als Untersuchungsobject benutzten Stuhlgang ausgeschieden worden sein. Im Harn ist das Quecksilber bei Quecksilber-Vergiftung während des Quecksilbergebrauchs nachgewiesen worden. Ich verweise hierüber auf die Untersuchungen von Schneider, Waller, Kussmaul, Gorup-Besanez und Anderer. Nach Sectionsbefunden hat man in der Leber und anderen Organen das Quecksilber mehrere Monate bis ein Jahr nach der letzten Quecksilberwirkung aufgefunden. Ueber die äussersten Zeitgrenzen der Ausscheidung des Quecksilbers im Harn nach der letzten Einwirkung des Metalls auf den Körper hat man bis jetzt noch keine bestimmte Kenntniss.

Bei dem Lebenden ist der Nachweis im Urin viel schwieriger und umständlicher und erschien mir für unseren Zweck nach den bisherigen Methoden fast unmöglich, so dass wir trotz unserer Bemühungen, den Beweis für unsere theoretische Behauptung, welche wir früher mit voller Ueberzeugung, durch die Erfahrungen am Krankenbette gedrängt, ableiteten, auch auf dem physiologisch-chemischen Wege zu führen, bisher zu verzichten genöthigt waren. Die immerhin grosse, unzweifelhafte Feinheit der Schneider'schen Methode, nach welcher die meisten als massgebend angeführten Analysen vorgenommen worden waren, wonach man das Vorkommen des Quecksilbers im Harn zu bemessen hatte, erschien mir für den Zweck dieser Untersuchungen nach den eigenen Analysen nicht ausreichend. Man kommt nämlich sehr häufig in Verlegenheit, die Anwesenheit des hier in kleinsten Quantitäten in Betracht kommenden Quecksilbers nach den gewonnenen Reactionen abschätzen zu müssen. Hiernach ist man im entscheidenden Falle häufig im Zweifel, ob man eine erhaltene Reaction für zweifelhaft oder für deutlich erklären soll und ob man es mit Quecksilber zu thun hatte oder nicht. Eine derartige Unsicherheit macht alle Resultate und Schlüsse illusorisch.

Ich habe 6 sorgfältig ausgeführte Analysen nach folgendem Plane entworfen und von anerkannten Chemikern controliren lassen. Es wurden Kranke ausgewählt, welche nach einer intensiven Queck-

silberkur bei verschiedenen Aerzten mit den deutlichen Erscheinungen einer acuten Quecksilberwirkung in meine Behandlung traten. Vier Wochen lang fand eine örtliche Behandlung der Mundhöhle statt, bis alle Quecksilbererscheinungen getilgt waren. Da der Voraussetzung und Erfahrung gemäss bei diesen Kranken noch Quecksilber im Körper vorhanden sein musste, so wurde von jetzt an die nöthige Menge Harn bei diesen Kranken gesammelt. Der Harn enthielt, wie ich zu vermuthen berechtigt war, voraussichtlich kein Quecksilber oder nicht nachweisbare Spuren. Man muss hier wenigstens mit 8 Liter Harn arbeiten, wenn man auf den Erfolg eines Nachweises rechnen will, da die kleinsten Theile Quecksilbers, welche überhaupt hier in Betracht kommen, durch eine möglichst grosse Menge aufgesammelten Urins einigermassen für unsere Untersuchung vermehrt werden können. Nach der Sammlung dieser Menge Urin wurde die Analyse begonnen. Die Aanlyse ergab, wie erwartet, kein Quecksilber, da nach Kussmaul (Untersuchungen über den constitut. Mercurialismus, pag. 418) das Quecksilber nur einige Wochen nach dem Aussetzen desselben in den Ausscheidungen noch beobachtet wurde. Um den Einfluss der Schwefelwässer auf die etwaige Ausscheidung des Quecksilbers zu prüfen, verfuhr ich in folgender Weise. Nach dem Sammeln des letzten Urins, welcher nach der Analyse kein Quecksilber enthielt, fing der Kranke seine Schwefelwasserkur an, welche in dem Trinken von täglich 2 Flaschen (zusammen enthaltend 1200 Gramm) Aachener Kaiserquelle und im täglichen Gebrauche eines starken Schwefelbades von einer Stunde Dauer bestand. Gleichzeitig wurde von jedem Tage ein halber Liter Urin 16 Tage lang gesammelt, damit von jedem Kurtage eine Probe vorhanden war und etwaige Ausscheidung des Quecksilbers von keinem Tage verloren ginge. Muthmasslich wurde an den ersten Kurtagen kein Quecksilber ausgeschieden, indessen auch diese ersten Tage wurden von mir nicht vernachlässigt. Der gesammelte, mit allen Cautelen behandelte Urin wurde zusammen gegossen und zu einer zweiten Analyse benutzt.

Ich folgerte nun: Für den Fall, dass die erste Analyse einen Nachweis des Quecksilbers nicht ergibt, wie hier geschehen, wohl aber die zweite Analyse desjenigen Harnes, welcher aus der Zeit entnommen wurde, zu welcher Schwefelwässer gebraucht worden

waren, sei der Harn der ersten Analyse quecksilberfrei oder könne doch nur höchstens solche minimale Theile des Metalls enthalten, welche bei dem Unvermögen, dieselben nachzuweisen, vernachlässigt werden dürften und dass eine eventuelle Beimischung des Quecksilbers im Harn der zweiten Analyse als eine Folge der Wirkung der Schwefelwässer angesehen werden müsse. Beide Analysen ergaben aber ein negatives Resultat. Ein negatives Resultat wurde auch bei den Harnanalysen der anderen unter gleichen Verhältnissen befindlichen Kranken gefunden. Diese negativen Befunde liessen mich nach einer besseren Methode suchen und vorläufig den Plan entwerfen, in geeigneten Fällen mit womöglich noch grösseren Quantitäten Harn zu operiren und sämmtlichen innerhalb 14 Tagen gelassenen Urin zum Versuch zu benützen um hierdurch womöglich künftig jede Fehlerquelle in Bezug auf etwa verloren gehendes Quecksilber zu vermeiden.

Die Electrolyse Schneider's, bei welcher man für unseren Zweck, wie ich mich wiederholt selbst überzeugte, vor Täuschungen nicht sicher ist, wendete ich nicht an und somit blieb die mir von anderen Chemikern immerhin empfohlene gewöhnliche, umständliche Methode übrig. Es wurde dem Harn genügend chlorsaures Kali und Salzsäure zum Zwecke der Zerstörung der organischen Substanz zugesetzt und die ganze Quantität Harn innerhalb vieler Tage langsam und vorsichtig auf dem Wasserbade eingedampft und der Rückstand in der bekannten Weise behandelt, aufgelöst u. s w. Selbst nach mehrtägigem Durchleiten von Schwefelwasserstoff ergab sich keine Quecksilberreaction. Zum Ueberfluss wurden noch 10 der besten Reactionen auf Quecksilber vorgenommen. Ich war nicht im Stande Quecksilber im Harn nachzuweisen.

Inzwischen ist im vorigen Jahre eine neue, sehr empfindliche Methode zum Nachweis des Quecksilbers im Urin durch Professor Ludwig in Wien bekannt geworden, welche den Vortheil bietet, dass man zur Untersuchung nur sehr geringer Mengen Urin, nach der Angabe kaum eines halben Liters bedarf, wonach man allein schon die ungleich grössere Feinheit der Methode bemessen kann. Die Mittheilung dieser Methode verdanke ich der Arbeit des Prof. von Sigmund. In seiner Schrift: „Ueber die neueren Behandlungsmethoden der Syphilis“ wird dieselbe wörtlich in folgender Weise beschrieben.

Die Methode besteht in Folgendem: „$^1/_2$ Liter des zu untersuchenden Harnes wird mit ungefähr 2 bis 3 Cubikcentimeter Salzsäure versetzt, auf 60° Celsius erwärmt und dann 5 Gramm Zinkstaub eingetragen, man rührt mit einem Glasstabe eine Minute lang heftig um, so dass das fein vertheilte Zink mit möglichst vielen Flüssigkeitstheilchen in Berührung kommen, die Quecksilberverbindung zersetzen und das abgeschiedene mit dem Zink nun amalgamirte Quecksilber zu Boden reissen kann. Nachdem sich der Zinkstaub gut abgesetzt und die darüber stehende Flüssigkeit geklärt hat, giesst man die letztere ab, bringt den quecksilberhaltigen Zinkstaub auf ein gewöhnliches Filter, wäscht mit heissem Wasser gut aus und trocknet auf dem Wasserbade. Der trockene Niederschlag wird in ein Verbrennungsrohr gebracht, das an einem Ende capillar ausgezogen ist, und, während man einen langsamen Luftstrom durch das Rohr streichen lässt, im Verbrennungsofen erhitzt, wobei das Quecksilber sich verflüchtigt und in dem capillaren Röhrentheile, der ausserhalb des Verbrennungsofens bleibt, ansammelt. Nach dem Erkalten des Rohres schneidet man den capillaren Theil ab, bringt ein Körnchen Jod in das eine Ende desselben, erwärmt und treibt den Joddampf zu der Stelle, wo sich das Quecksilber abgelagert haben kann; es bilden sich dann die charakteristischen Krystalle von rothem Jodquecksilber, das überschüssige Jod wird durch einen Luftstrom verdrängt. Damit nicht sich während des Erhitzens des Zinkstaubes theerartige Produkte aus den anhaftenden organischen Substanzen bilden, welche dann die Jodquecksilber-Reaction verdecken könnten, schaltet man an der dem capillaren Röhrentheil zunächst gelegenen Stelle eine oxydirte Kupferspirale ein; dieselbe wird stark erhitzt und bewirkt eine Verbrennung des Theeres, so dass dann in der Capillare nur Quecksilber sich ansammeln kann."

Um vor Irrthum sicher zu sein, füge ich noch folgende Cautelen hinzu. Es zeigt sich nöthig, dass man zur vollständigen Verbrennung der organischen Substanz, welche dem Zinkamalgam anhaftet, noch genügend Kupferoxyd zwischen Kupferspirale und Amalgam einschaltet. Wie nothwendig dies ist, erkennt man darin, dass nach Beendigung der Verbrennung das Kupferoxyd zu einem grossen Theil reducirt erscheint. Um das bei der Verbrennung und Reduction sich reichlich bildende Wasser, welches in dem

lang ausgezogenen, dünnen Röhrchen sich sammelt und welches bei der späteren Jodreaction störend wirkt, zu beseitigen, muss man das Trocknen des Wassers erst abwarten, ehe man die Jodprobe vornimmt. Bei zweifelhaften Reactionen muss man das lange Capillarröhrchen mit einem Saugapparat in Verbindung setzen, wodurch das überschüssige Jod verflüchtigt wird und das etwa vorhandene Jodquecksilber zurückbleibt.

Diese Methode wurde zunächst auf ihre Empfindlichkeit geprüft, indem 0,003 Sublimat auf 500,0 Harn zugesetzt wurde. Hierbei ergab sich in eclatanter Weise nach beendigter Verbrennung in dem ungefähr 20 Centimeter langen, dünn ausgezogenen Glasröhrchen nach Absprengung desselben und Durchleitung von Joddämpfen die deutliche, reichliche, rothe Jodquecksilberreaction, so dass man hiernach die Feinheit der Probe berechnen kann. Ein Millionentheil liess sich nicht genau nachweisen. Die Grenze der Feinheit wage ich nicht zu bestimmen. Ebenso liess sich auch die Empfindlichkeit der Reaction bei organisch ausgeschiedenen und dem Harn nicht bloss mechanisch beigemischten Quecksilberverbindungen erkennen.

Indem ich mir vorbehalte, weitere Untersuchungen anzustellen und fernere Mittheilungen zu machen, berichte ich zuerst folgende Analyse, welche zwar negativ ausgefallen, doch aber bei der Genauigkeit, mit welcher die Experimente gemacht wurden, auch in praktischer Hinsicht mit Bezug auf die Schlüsse am Krankenbett die Grenze der Feinheit bestimmen.

Ein Kranker, welcher von London kommend, dort wegen einer vor einem halben Jahr stattgefundenen Ansteckung mit Syphilis im Jahre 1874 ambulatorisch während des Sommers mit 50 Einreibungen zu 4,0 Gramm grauer Salbe behandelt worden war und nur sehr unbedeutende Mercursymptome bemerken liess, trat am 20. December 1874 in meine Behandlung, nachdem er 4 Monate lang keinen Mercur gebraucht, überhaupt in der Zwischenzeit ohne jede Behandlung geblieben war. Syphiliserscheinungen waren nicht vorhanden, Auflockerung des Zahnfleisches und deutliche Mercursymptome fehlten ebenfalls. Man hätte allenfalls eine vorhandene schmerzhafte, allgemeine, sammetartige, rothe Epithelialauflockerung der Mundschleimhaut für die Folgen einer chronischen Stomatitis mercurialis ansprechen dürfen. Von diesem

Kranken wurde eine Probe von 250 Gramm Urin entnommen und gut verschlossen aufbewahrt. Hierauf wurde der Kranke einer methodischen Kur mit Schwefelwässern unterzogen. Am 17. Januar 1875 wurde eine gleiche Menge Harn entnommen und ebenso luftdicht verschlossen aufbewahrt. Bis zu diesem Tage hatte der Kranke 24 starke Schwefelbäder genommen und 24 Flaschen Aachener Kaiserquelle getrunken. Beide Harnproben, welche fast zwei Jahre luftdicht verschlossen aufbewahrt worden waren, ergaben ein negatives Resultat.

Gerade der Umstand, dass ich einen Kranken absichtlich ausgewählt habe, welchem bedeutende Dosen Quecksilber einverleibt worden waren, und dass hier seit Monaten keine Behandlung mehr stattgefunden hatte, sowie dass keine deutlichen Quecksilber-Erscheinungen mehr vorhanden waren, gestaltet den Fall zu einem sehr reinen, exacten Versuchsbeispiel. Wir erkennen, wie schwer es ist, in klinischen Fällen Quecksilber nachzuweisen, während wir aus Sectionsbefunden wissen, dass dasselbe selbst nach Jahresfrist in seltenen Fällen aufgefunden wurde, so dass, wenn uns hier die Feinheit der Methode verlassen haben sollte, immerhin auch die Möglichkeit besteht, dass noch Quecksilber an die Eiweisskörper des Organismus gebunden sein kann.

Durch folgende Untersuchungen bin ich nunmehr in der Lage, den Nachweis zu führen, dass nach dem Gebrauche der Aachener Kaiserquelle im Harn Quecksilber nachgewiesen werden kann, wenn die Kranken früher einer Quecksilberkur unterzogen worden waren, und wenn in der Zeit kurz vor der Anwendung der Schwefelwässer bei ihnen eine Quecksilberausscheidung im Harn sich sicher nicht bemerken liess.

Ein anderer Kranker kam mit Roseola syphilitica und Drüsen-Anschwellungen und intensiver Stomatitis mercurialis in meine Behandlung. Zu den bisher angewendeten Mundwässern wurde innerlich 4,0 Kali jodat. auf 200 Wasser hinzugefügt, täglich zwei Esslöffel davon zu nehmen. Nach acht Tagen waren die Erscheinungen gebessert. Das Jodkalium wurde von jetzt an ausgesetzt. Nach acht Tagen wurde die erste Harnprobe untersucht, welche zwei Wochen nach dem Aufhören der Einreibungskur und eine Woche nach dem Aussetzen des Jodkaliums deutliche Quecksilber-Reaction ergab. Nach acht Tagen indifferenter Behand-

lung, also drei Wochen nach dem Aufhören der Quecksilberbehandlung, wurde eine grössere Harnprobe analysirt. Die Verbrennung ergab kein Quecksilber. Nach dem Ablassen des letzten kleinen Restes Urin wurde die Kur mit Schwefelwässern sofort begonnen. Während der Kur wurde täglich genau sämmtlicher Urin, welcher gelassen worden war, gesammelt.

1. Kurtag. 1200 Grm. Aachener Kaiserquelle. Gemischte Kost. Von Früh 10 Uhr an betrug der in den nächsten 24 Stunden gelassene Urin 2300 Ccm. Der inbegriffene Nachturin betrug 920 Ccm. und ergab, vollständig zur Analyse benützt, kein Quecksilber. Körpergewicht 51 Kilo.

2. Kurtag. 1200 Gramm Aachener Kaiserquelle. Nachmittags ein warmes Bad. Urin nach dem Bad bis Abends gelassen 975 Ccm., zu einer Analyse verwendet, ergab kein Quecksilber. Gesammtsumme des Urins der 24 Stunden des 2. Kurtages betrug 1955 Ccm. Gesammter Rest des Harns vom 1. und 2. Tag 2280 Ccm., wurde zu einer Control-Analyse benutzt und ergab kein Quecksilber.

3. Kurtag. 1200 Gramm Aachener Kaiserquelle. Harn 2150 Ccm.

4. Kurtag. 1800 Gramm Aachener Kaiserquelle. Harn 2100 Ccm.

Summe des 3. und 4. Tages 4250 Ccm. Harn zu einer Analyse benutzt ergab kein Quecksilber. Starker Schweiss. Reichliche Impetigokrusten beginnen sich im Gesicht zu bilden.

5. Kurtag. 1900 Gramm Aachener Kaiserquelle. 1950 Ccm. Harn. Grosse Mattigkeit. Impetigo nimmt zu. Appetit.

6. Kurtag. 1200 Grm. Schwefelquelle. 2200 Ccm. Harn.

Gesammtsumme des 5. und 6. Tages 4150 Ccm. Harn zu einer Analyse benutzt ergab kein Quecksilber. Schwindel. Mattigkeit.

7. Kurtag. 1200 Gramm Schwefelquelle. 2600 Ccm. Harn. Schweiss.

8. Kurtag. 1200 Gramm Schwefelquelle. 3700 Ccm. Harn.

Gesammtsumme des 7. und 8. Tages 6300 Ccm. zu einer Analyse benutzt, ergab kein Quecksilber. Der Fall bleibt in fernerer Beobachtung. Körpergewicht 51 Kilo.

Die Gesammtsumme des Harnes vom 3., 4., 5. und 6. Tage

8400 Ccm. wurde von mir nach Liebig's Titrirmethode auf Harnstoff geprüft. Derselbe enthielt 2·03 Procent Harnstoff. Dies ergibt auf 8400 Ccm. Harn der 4 Versuchstage 170·52 Gramm und auf einen Tag berechnet, die durchschnittliche Menge von 42·64 Grm. Harnstoff. Dies entspricht einer auffallenden Vermehrung des Harnstoffes, da in der Norm die äussersten Grenzen zwischen 22 und 30 Gramm Harnstoff im Verlaufe von 24 Stunden schwanken. Auf 1 Kilogramm Körpergewicht berechnet, ergibt sich 51:42·63 = 0·836, was ebenfalls einer Vermehrung entspricht, da nach Scherer die normale Durchschnittsmenge für 1 Kilo Körpergewicht nur 0·420 angegeben wird. Auffallend könnte erscheinen, dass das Körpergewicht nicht abgenommen hat; jedoch das Gewicht kann in den folgenden Tagen schon wieder zugenommen haben. Es war leider nach dem 4. Versuchstage das Körpergewicht nicht bestimmt worden, sondern erst einige Tage später. Immerhin erkennt man aber die absolute Vermehrung der Harnstoffausscheidung, welche ein Massstab für den Zerfall der Eiweisskörper ist, welcher Zerfall durch den Einfluss des Schwefelwassers hervorgerufen wurde und wahrscheinlich macht, dass hierbei ein Auftreten neuer Syphilissymptome und eine Ausscheidung des Quecksilbers begünstigt wird. Die enorme Diurese fällt sicher auf.

9. und 10. Kurtag. Harnstoff betrug am 9. und 10. Tag 1·79 Procent, d. i. 48·78 Gramm in 24 Stunden. Harn am 9. Tag 2800, am 10. Tag 2600 Ccm. Kein Quecksilber.

An jedem dieser beiden Tage 900 Gramm Schwefelquelle.

11. Kurtag. 600 Gramm Schwefelquelle. 2600 Ccm. Harn.

12. Kurtag. 600 Gramm Schwefelquelle. 2000 Ccm. Harn.

Der Harn dieser beiden Tage, in einer Analyse untersucht, ergab zweifelhafte Spuren von Quecksilber und enthielt 1·51 Harnstoff, d. i. 34·73 Gramm Harnstoff in 24 Stunden.

13. Kurtag. 600 Gramm Schwefelwasser. 2000 Ccm. Harn. Eiweisslose Kost und Weissbrodsuppe. Harnstoff 1·5 Procent, d. i. 30 Gramm Harnstoff in 24 Stunden.

14. Kurtag. 600 Gramm Schwefelquelle. 1500 Ccm. Harn. 1·72 Procent Harnstoff, 25·8 Gramm Harnstoff in 24 Stunden, d. i. 0·505 pro Kilo des Körpergewichtes.

Die gesammte Menge des Urins vom 13. und 14. Tag zu einer Analyse benutzt, ergab deutlich Quecksilber.

15. Kurtag. 600 Gramm Schwefelwasser. 2200 Ccm. Harn. 1·4 Procent Harnstoff, 30·8 Gramm pro Tag, 0·603 pro Kilo des Körpergewichts.

16. Kurtag. 600 Gramm Schwefelwasser. 2000 Ccm. Urin. 1·52 Procent Harnstoff, 30·4 Gramm in 24 Stunden, 0·596 pro Kilo Körpergewicht. Der gesammte Urin beider Tage ergab in einer Analyse heute kein Quecksilber.

17. Kurtag. 600 Gramm Schwefelwasser. 180 Ccm. Urin. 1·86 Procent Harnstoff, 30·24 Gramm in 24 Stunden, 0·590 pro Kilo Körpergewicht.

18. Kurtag. 600 Gramm Schwefelwasser, 2150 Ccm. Urin. 1·42 Procent Harnstoff, 30·53 Gramm in 24 Stunden, 0·598 pro Kilo Körpergewicht.

19. Kurtag. Schwefelquelle weggelassen. 1400 Ccm. Urin. 1·69 Procent Harnstoff, 23·66 Gramm in 24 Stunden, 0·463 pro Kilo auf 51 Kilo Körpergewicht berechnet. Der gesammte Urin dieser 3 Tage wurde zu einer Analyse benutzt und ergab starken Quecksilberspiegel.

20., 21., 22. Kurtag. Starke Quecksilberreaction.

23., 24., 25. Kurtag. Sehr starke Quecksilberreaction.

Vom 26. bis 36. Kurtag kein Quecksilber.

Ein anderer gut genährter Kranker war vor einem Jahre mit Syphilis angesteckt worden und hatte zu dieser Zeit eine energische Einreibungskur angeblich bis zur Salivation, durchgemacht. Mitte December 1876 kamen neue Erscheinungen im Mund, weshalb der Kranke 16 Einreibungen zu 6·0 Gramm grauer Salbe ebenfalls bis zur Salivation angewendet hatte. Vier Wochen nach der letzten Einreibung kam der Kranke in meine Behandlung. Es waren Plaques an den Lippen und geschwollenes Zahnfleisch als Zeichen der Quecksilberwirkung vorhanden. Jodkalium war nicht genommen worden. Die Harnanalyse ergab kein Quecksilber. Sofort wurde die Kur mit Schwefelwässern begonnen.

1. Kurtag. 1200 Gramm Aachener Kaiserquelle. Der zur Untersuchung gekommene Harn betrug 1150 Ccm. Derselbe enthielt kein Quecksilber.

2. Kurtag. 1200 Gramm Aachener Kaiserquelle. Der zur Untersuchung gekommene Harn betrug 1500 Ccm.

3. Kurtag. 1200 Gramm Aachener Kaiserquelle. Der zur Untersuchung benutzte Urin betrug 900 Ccm. Der Kranke hatte ausserdem noch reichlich Urin gelassen, welcher jedoch nicht gesammelt worden war. Derjenige Urin des 2. und 3. Kurtages. welcher zur Analyse benutzt wurde, betrug zusammen 2400 Ccm. und ergab eine deutliche, reichliche Quecksilberreaction.

4. und 5. Kurtag. Täglich 1200 Gramm Schwefelwasser getrunken. Es wurde von der ebenfalls nicht bestimmten Gesammtmenge des Harnes dieser beiden Tage 2300 Ccm. Harn untersucht. Das Resultat nach der Verbrennung war auffälliger Weise heute negativ.

6. und 7. Kurtag. Täglich 1200 Gramm Schwefelwasser. Es wurden zusammen 1200 Ccm. Harn zur Analyse benutzt. Dieselbe ergab deutlich und reichlich Quecksilber.

8. und 9. Kurtag. Täglich 1200 Gramm Schwefelwasser. Die Analyse ergab deutlich aber weniger Quecksilber.

Hiernach bin ich in der 6. Woche nach dem Aussetzen des Quecksilbers noch im Stande, Quecksilberausscheidung nachzuweisen, während Kussmaul ohne Zahlenangabe von „einigen Wochen“ spricht.

Man sieht an diesem Beispiele deutlich, wie schon am 2. und 3. Tage der Anwendung der Schwefelwässer das Quecksilber sich ausscheidet, aber keineswegs constant bleibt. Während in dem anderen vorhergehenden Beispiele erst am 14. Tage der Kur der Nachweis des Quecksilbers möglich war. — Es sind hierbei noch manche Fragen zu beantworten, welche erst nach grossen Versuchsreihen entschieden werden können, z. B. zu bestimmen, von welchem Zeitpunkte an man annehmen darf, ob das Quecksilber aus dem Körper vollständig ausgeschieden ist. Mir kam es vorläufig darauf an, zunächst zu constatiren, dass während des Gebrauches der Schwefelwässer überhaupt eine Quecksilber-Ausscheidung nachzuweisen ist.

Eine syphilitisch neu Erkrankte litt nach 3 Einreibungen an starker Salivation. Drei Wochen später kein Quecksilber im Harn. 1. und 2. Kurtag täglich 1800 Ccm. Schwefelwasser. Kein Quecksilber. 3. und 4. Tag Quecksilber deutlich; täglich 1200 Ccm. Schwefelwässer. — Kein Quecksilber wieder nachweisbar.

Ausserdem ist mir noch in mehreren Fällen in gleicher Weise der Nachweis des Quecksilbers gelungen, worüber ich, ebenso wie über meine fortgesetzten Untersuchungen später berichten werde.

Indem ich bei Durchführung meines Untersuchungsplanes nachgewiesen habe, dass nach dem ausschliesslich innerlichen Gebrauch der Schwefelwäser die Ausscheidung des Quecksilbers durch den Urin der Kranken erfolgt war, so wird hier nicht der Einwand erhoben werden dürfen, dass es sich um eine zufällige Coïncidenz von beobachteten Thatsachen gehandelt habe. Denn die längst bekannten klinischen Erfahrungen über den günstigen Einfluss der Schwefelwässer auf die Symptome der gewerblichen und medicinischen Quecksilberkrankheit, welche seit Jahrhunderten zu der Annahme drängten, dass hierdurch eine Ausscheidung des Quecksilbers befördert werde, erhalten durch den von mir gelieferten chemischen Nachweis des Quecksilbers im Urin eine Controle und die Theorie der Behandlung der Syphilis und Quecksilberkrankheit bekommt nunmehr in Bezug auf die hier in Betrachtung kommenden Fragen einen festen Boden.

Ich habe auch für meine frühere Behauptung, dass das Erscheinen von Syphilissymptomen bei bisher bestehender sogenannter latenter Syphilis durch die Eliminirung des Quecksilbers während des Gebrauches der Aachener Kaiserquelle hervorgerufen werden kann, eine wesentliche Stütze erhalten. Ich behaupte nicht, dass in jedem Falle das Auftauchen von Syphilissymptomen nach früheren Quecksilberkuren allein auf die Ausscheidung des Quecksilbers zu beziehen sei, sondern ich weiss, dass der Act der Ausscheidung des einverleibten Quecksilbers zum Zustandekommen von Syphilissymptomen nicht unbedingt nothwendig ist. Syphilissymptome können bekanntlich auch bei intensiver Quecksilberverabreichung und heftig bestehendem Mercurialismus, namentlich wenn bei fortgesetzter Quecksilberwirkung dem Körper mehr Mercur einverleibt wird, als ausgeschieden werden kann, von Neuem hervorbrechen.

Es lässt sich jedoch der gegenseitige Zusammenhang zwischen dem gelungenen Nachweis von der Verminderung des im Körper befindlichen Quecksilbers durch den Nachweis der Ausscheidung des Quecksilbers im Harn und zwischen der Verminderung der Quecksilbersymptome und dem häufigen Hervorbrechen neuer Er-

scheinungen der Syphilis bei dem Kranken während einer Schwefelwasserkur, welche durch gleichzeitige Bäder u. s. w. in ihrer Wirkung noch gesteigert werden kann, nicht verkennen.

Jedenfalls kommen auch ausserdem noch andere Verhältnisse, über welche ich mich gelegentlich später aussprechen werde, in Betracht, welche ebenfalls das Eintreten von Rückfällen bei sogenannter latenter Syphilis begünstigen.

Grosses Gewicht lege ich auf die auffällig vermehrte Harnstoffausscheidung, welche regelmässig nach dem Gebrauche der Schwefelwässer und bei gleichzeitig gemischter Kost bei vermehrter Diurese von mir constatirt und durch das hier beschriebene Beispiel erläutert worden ist. Mit der verminderten Darreichung der Schwefelwässer nimmt deutlich die Harnstoffmenge ab und die Verminderung der Diurese nimmt hiermit gleichen Schritt. An dem Tage, an welchem die Schwefelwässer plötzlich weggelassen wurden, verminderte sich der Harn sofort auf 1400 Ccm., die Harnstoffmenge wurde normal. Es ist mir wohl bekannt, dass vermehrtes Wassertrinken eine Vermehrung der Harnstoffausscheidung bewirkt, jedoch die Vermehrung der Harnstoffausscheidung ist nicht allein auf die Vermehrung der Wasserzufuhr, sondern auch auf die besondere Wirkung der Schwefelwässer zurückzuführen. Dies sehen wir an dem Verhalten am 9. und 10. Tage, an welchen Tagen eine Verminderung der Schwefelwasserzufuhr stattfand, und doch eine auffällige Vermehrung des Harnstoffes bei vermehrter Diurese zu beobachten war, während der Kranke nicht mehr flüssige Nahrung als sonst zu sich nahm. Die grosse Menge Urin beweist nur den diuretischen Einfluss des Schwefelwassers und erklärt auch die vermehrte Harnstoffausscheidung und den besonders gearteten Einfluss der Schwefelwässer überhaupt. Dieser Einfluss der Schwefelwässer auf den Stoffwechsel ist von der klinischen Seite längst constatirt, es bildet sich so zu sagen „ein bleichsüchtiger" Zustand aus. Roth in Weilbach hat bewiesen, dass die Leber- und Milzvergrösserung abnimmt, was auch Frerichs [1]) bestätigt.

Fernere Symptome von der Wirkung der Schwefelwässer in dieser Richtung unterlasse ich, als bekannt, hier weiter auszuführen.

---

[1]) Klinik der Leberkrankheiten.

Die reichliche Zufuhr von Schwefelwässern oder von Schwefelwasserstoff in irgend einer Form bewirkt, wie sich die Autoren ausdrücken, eine rückbildende Metamorphose. Ich finde die Wirkung zum Theil in der sauerstoffentziehenden Eigenschaft der Schwefelwässer. Die Entziehung des Sauerstoffes geschieht einestheils durch die directe Zufuhr des Schwefelwasserstoffes, den man zum Theil gasförmig in den Ausscheidungen nachweisen kann, welcher aber als solcher nicht in der Blutbahn bestehen kann und deshalb Sauerstoff entzieht. Ferner finde ich diese Sauerstoffentziehung, wenn auch zum kleinen Theil in der verminderten Puls- und Athemfrequenz, wie man solche deutlich während des Gebrauches der Schwefelwässer nachweisen kann. Wenn ein solcher Zustand wochenlang andauert, so erklärt sich nothwendig, dass in dieser Zeit dem Blute weniger Sauerstoff zugeführt wird als gewöhnlich. Die Entziehung oder Verminderung des Sauerstoffes befördert aber den Zerfall der Eiweisskörper[1]). Die vermehrte Harnstoffausscheidung im Harn, welche ich nach dem Gebrauch der Schwefelwässer nachgewiesen habe, ist aber ein Massstab für den Zerfall der Eiweisskörper, an welche sowohl der syphilitische „Stoff“ als auch das Quecksilber gebunden im Organismus vorkommt. Mithin ist auch auf diese Weise ersichtlich, dass es nicht allein die blosse vermehrte Wasserzufuhr ist, welche den Zerfall der Eiweisskörper erklärt, sondern dass noch andere Verhältnisse mit in Betracht kommen, welche auf die Wirkung der Schwefelwässer zu beziehen sind. Der Eiweisszerfall wird weiter bewiesen durch die vermehrte Ausscheidung der Schwefelsäurenverbindungen im Harn, welche man schon nach dem Einnehmen von Schwefelblumen kennt, und ferner durch das Gesetz, wonach bei Vermehrung der harnsauren Salze im Urin auch eine entsprechende, nach zur Zeit unbestimmten Verhältnissen stattfindende Vermehrung der Phosphate zu beobachten ist. Dass sich ausscheidende Quecksilber ist im Harn als Schwefelsäureverbindungen (Doppelsalze) und als Jodverbindungen, wenn letzteres eingeführt war, bekannt. Hierbei stammt der schwefelhaltige Antheil der Quecksilberverbindung von den Proteïnkörpern und vielleicht auch von dem Schwefelwasserstoff

[1]) Virchow's Archiv 1876. Fränkel.

der eingeführten Schwefelwässer. Dass ersteres bestimmt behauptet werden kann, sehen wir bei Mercurkranken, bei welchen Quecksilber sich im Harn ausscheidet und keine Schwefelwässer verabreicht worden sind. Bei acuter Quecksilberkrankheit findet eine vermehrte Ausscheidung der Schwefelverbindungen im Urin statt. Alles dies beweist einen Zerfall der Eiweisskörper, welcher zum Theil auf die Wirkung der Schwefelwässer, zum Theil auf die Quecksilberwirkung zu beziehen ist und bei dem von mir beigebrachten chemischen Nachweis von der Wirkung der Schwefelwässer auf die Ausscheidung des Quecksilbers nicht die Annahme einer zufälligen Coïncidenz gestattet. Vielmehr weist die Physiologie und Pathologie des Stoffwechsels nach meiner Erklärung controlirend den Zusammenhang der hier beschriebenen und von mir gegebenen Beobachtungen nach und fordert uns auf, in der von mir angezogenen Richtung die Frage weiter zu verfolgen, damit wir in den Endproducten des Stoffwechsels die früheren Bestandtheilen des zerfallenen Eiweisses in noch vollständigerer Weise wieder zu erkennen vermögen. Während schon der Umstand, dass unter der Wirkung der Schwefelwässer das Quecksilber ausgeschieden wird, welche Wirkung jedenfalls auch durch andere therapeutische, jedoch meist durch stärker eingreifende therapeutische Einflüsse erzielt werden kann, die Begünstigung des Hervorbrechens bisher latent gewesener Syphiliserscheinungen wenigstens theilweise zur Genüge erklären könnte, hat man aber meiner Anschauung gemäss, auf den durch hier in Betracht kommende therapeutische Einflüsse in erhöhtem Grade angeregten Eisweisszerfall das Hauptgewicht zu legen, denn das Zustandekommen syphilitischer Producte vollzieht sich immer auf Kosten des zerfallenden Eiweisses. Der normale Stoffwechsel charakterisirt sich durch einen fortwährenden Eiweisszerfall. Der pathologische, syphilitische Stoffwechsel zu den Perioden der Krankheit, zu welchen sich in erhöhtem Grade in acuter Weise massenhafte syphilitische Neubildungen entwickeln, gibt sich durch einen gesteigerten Eiweisszerfall zu erkennen, welcher durch eine vermehrte Harnstoffausscheidung bewiesen wird.

Den Nachweis des constanten Auftretens von Xanthin im Harn nach dem Gebrauch der Schwefelwässer von Limmer durch Dürr und von Aachen durch Reumont unterstützt ebenfalls meine Theorie von dem Eiweisszerfall. Das Xanthin, ein stickstoff-

haltiger Körper, steht als Ausscheidungsproduct zu den Eiweisskörpern in unläugbarer Beziehung. Ohne jedoch hier näher darauf eingehen zu können, welche Rolle das Xanthin bei dem Stoffwechsel in jedem einzelnen Falle spielt, treten uns als die hervorragenden Endproducte des zerfallenden Eiweisskörpers der Harnstoff und schliesslich die Kohlensäure entgegen. Während man die vermehrte Ausscheidung der Kohlensäure durch Lungen und Haut bei gleichzeitig vermehrter Harnstoffausscheidung nach einfachen kalten Bädern und vermehrtem Wassertrinken nachzuweisen vermag, so dass es auch hier auf einen vermehrten Eiweisszerfall hinauskommt, bin ich in der Lage, die Kohlensäureausscheidung als das entsprechende Endproduct des zerfallenden Eiweisses nach dem Gebrauch der Schwefelwässer noch in anderer Weise zu beweisen. Der aufmerksame Beobachter erkennt nämlich, dass während des Gebrauches der Schwefelwässer in den syphilitischen Producten sich mehr weniger deutliche Veränderungen vollziehen, welche sich für unsere klinische Beurtheilung entweder als Verbesserungen oder als Verschlimmerungen des Zustandes zu erkennen geben, sicher aber als der Ausdruck wesentlicher Veränderungen im ganzen Gebiete des Stoffwechsels aufzufassen sind. Vom pathologisch-anatomischen Gesichtspunkte aus betrachtet sind jene Veränderungen als Resorptions- respective als Zerfallsproducte in der fettigen Metamorphose begriffener Neugebilde aufzufassen. Das bestimmte, bekannte Stadium einer fettigen Umwandlung, in seinen stärkeren Graden und Ausgängen als fettiger Detritus zu erkennen, wird nach meiner Auffassung durch die vermehrte Kohlensäurebildung bei dem eingeleiteten Eiweisszerfall begünstigt. Die Kohlensäure geht nämlich hier zum Theil die Umwandlung in Kohlenhydrate ein. Diese von mir hier gegebene Erklärung, welche ich auf die klinischen, von mir gemachten Beobachtungen übertrage, steht sowohl mit den Erfahrungen der pathologischen Anatomie als auch mit den Gesetzen der Physiologie und Pathologie des Stoffwechsels im innigsten Einklang. Jene opalinen Flecke im Munde, an Lippen und Zunge etc., über deren Deutung man noch heute widersprechende und ungenügende Erklärungen aufstellt, jene Stadien des weisslich aussehenden Zerfalls syphilitischer Plaques und erhabener Knoten sind nach meiner Erklärung in der fettigen Metamorphose begriffene

syphilitische Neubildungen. Diese fettige Metamorphose wird namentlich begünstigt durch die Wirkung der Schwefelwässer, kann aber sicher auch durch andere therapeutische Einflüsse, z. B. durch das Quecksilber, welches ebenfalls einen Eiweisszerfall schon klinisch und durch seinen Einfluss auf die vermehrte Harnstoffausscheidung auch physiologisch-chemisch erkennen lässt, hervorgerufen werden.

Wenn ich nun den Nachweis von der Ausscheidung des Quecksilbers nach dem Gebrauche von Schwefelwässern mit den Gesetzen der Physiologie und Pathologie des Stoffwechsels in einen derartigen Zusammenhang gebracht habe, um hierdurch das bedingungsweise Wiederhervortreten von vorher latent gewesener Syphilis verständlich zu machen, so füge ich zum Schluss noch folgende therapeutische Lehre an.

Da wir nach meinen chemischen Untersuchungen kennen gelernt haben, dass das Quecksilber noch bis zur 8. Woche und wahrscheinlich noch später im Urin nach dem Aufhören einer Quecksilbertherapie nachzuweisen ist, so ergibt sich die Regel, dass bei dem Eintreten der ersten leichten Quecksilbersymptome, auch wenn die Syphiliserscheinungen nicht schwinden, mit der ferneren Anwendung des Quecksilbers nicht mehr fortgefahren werden darf, da, wenn das Quecksilber im einzelnen Fall überhaupt nützt, und dem Körper schon viel Quecksilber einverleibt worden ist, der weitere Erfolg von der Nachwirkung der nächsten Wochen und nicht von neuen grossen Dosen des Mittels zu erwarten ist. Wenn man sich von der Fortsetzung einer Quecksilbertherapie etwas versprechen will, so wird dies dann sein, wenn die Zeit verstrichen ist, nach welcher eine Quecksilberausscheidung nach therapeutischen Einflüssen nicht mehr erfolgt. Die Erfahrung hat mir gezeigt, dass die Wirkung des Quecksilbers günstiger ist, wenn man nach dem von mir ausgesprochenen Grundsatze handelt. Hierauf begründete ich für den Fall, wenn andere Behandlungsweisen nicht am Platze sind, schon vor Jahren die Empfehlung der Einreibungskur in Pausen und die Einverleibung möglichst kleinster Dosen des Quecksilbers.

Dresden, im Februar 1877.



Ueber einen epitheliomartigen Fall von Lupus (syphiliticus?).

Von

Dr. Hermann Martin
aus Elberfeld.

Der im Folgenden beschriebene und erörterte Fall kam in der Würzburger Klinik für Hautkrankheiten zur Beobachtung:

Anna K., 15 Jahre alt, von guter Constitution, kräftig gebaut, von gesunder Gesichtsfarbe, gibt an, in ihrer Kindheit „rothe Flecken“ (Masern) gehabt zu haben; später ist sie an Scharlach erkrankt (im 12. Jahre). Der Vater, im Alter von 56 Jahren, ist gesund, hat nach seiner eigenen mir gegebenen Aussage niemals ein venerisches Leiden oder überhaupt eine chronische Krankheit gehabt. Bestätigt wird übrigens diese Aussage durch den Hausarzt; der Vater (Grossvater der Patientin) ist 85 Jahre alt, seine Mutter 83 J. alt gestorben. Auch diese sind immer gesund gewesen. Die Mutter der Pat. selbst, 46 Jahre alt, war nie ganz gesund und stark; in der letzten Zeit sehr anämisch und von Gichtbeschwerden heimgesucht. Sonst will sie nicht krank gewesen sein; sie hat fünfmal geboren: der erste Sohn, ausserehelich, gesund. Das zweite Kind, eine Tochter, sei an „Drüsenknoten, Wassersucht und Schwindsucht“ im Alter von 12 Jahren gestorben; vorher habe sie an einer Nasengeschwulst gelitten, die derjenigen unserer Patientin ganz ähnlich gewesen, die aber vollständig ohne ärztliche Hilfe zurückgegangen sei. Das dritte Kind starb im Alter von einem Vierteljahr, angeblich an Keuchhusten; das vierte ist unsere Patientin. Zum fünften Male trat Abortus im 3. Monat ein. Von ihren Eltern nichts Besonderes bekannt. Mutter lebt noch.

Patientin selbst beschreibt Anfang und Entwicklung ihres Leidens folgendermassen: Die Nase sei — nach dem überstandenen Scharlach — roth geworden und an der rechten Seite angeschwollen. Diese Schwellung sei allmälig wachsend geblieben. Schliesslich sei der rechte Naseneingang verstopft gewesen. Schmerzen und Blutungen seien in geringem Grade nur nach Verletzungen durch Stoss etc. eingetreten. Seit drei Jahren sei die Geschwulst »offen« (also nach zweijährigem Bestande des Leidens), ein Ausdruck, mit dem sie wohl den Beginn einer mässigen Eiterung bezeichnet. In diese Zeit fällt auch der Eintritt der Menstruation. Von dieser Zeit an sei sie ärztlich behandelt worden. Ich fragte nun den angegebenen Arzt, der so freundlich war, mir folgende Mittheilungen zu machen:

»Ich behandelte Anna K. aus S. 1874 ungefähr vier Monate lang, sah dieselbe jedoch nur selten, oft erst nach 10—14 Tagen. Ich hielt fragliche Affection der Nase, welche bei Uebernahme der Patientin sehr vernachlässigt war, für Lupus und behandelte sie, indem ich die Knötchen mit Höllenstein zerstörte, Jod einpinseln liess und innerlich Jodeisen gab. Die Besserung war eine auffallende.« Nachlässigkeit von Seite der Leute habe jedoch eine vollständige Heilung verhindert. Die Anamnese bestätigt der Arzt, der die Eltern untersucht hat, vollkommen; von der Mutter fügt er hinzu, dass er die Cervicaldrüsen geschwollen gefunden habe, dass sie aber jede Genitalienerkrankung entschieden in Abrede stellt.

Patientin gibt darauf an, sie habe die Höllensteinbehandlung zu Hause fortgesetzt. Der Vater erklärt, die Geschwulst habe mit einem Knötchen innerhalb der Nase begonnen, welches sodann schnell gewachsen und von innen auf die Oberfläche der Nase übergegangen sei. Im Winter sei das Leiden immer schlimmer gewesen als im Sommer.

Am 1. März 1876 kam die Patientin in's Julius-Hospital, wo sich der Krankheitsbefund, wie folgt, ergibt: »Stark wucherndes Geschwür des Randes der rechten Nasenöffnung, des Septum und des Naseneinganges, der undurchgängig für Luft ist. Jedoch findet sich kein Secret; einige Knötchen am rechten Nasenrücken; Geschwürsgrund infiltrirt; oberflächliche Wucherung weich, leicht blutend. Die Anamnese ergibt dieselben obigen Resultate. Die Untersuchung der Genitalien ergab nichts. Auch wurden am übrigen Körper keine Zeichen einer allgemeinen Erkrankung gefunden.

Nach einer Bleistiftzeichnung, sowie einigen weiteren mündlichen Mittheilungen lassen sich noch folgende Ergebnisse hinzufügen: An der rechten Seite der Nase erstrecken sich ungefähr von der Mitte des knöchernen Theiles an nach unten zu confluirende kleine Knötchen, resp. Bläschen, die immer dichter werdend in den Rand des Geschwürs übergehen. Dies selbst nimmt die ganze Peripherie der rechten Nasenöffnung wulstförmig ein und bietet so, von unten gesehen, die Form eines von rechts nach links schiefstehenden Hufeisens, welches mit seinem Bogen die Nasenöffnung umschliesst; diese selbst stellt, fast vollständig überwuchert, nur noch eine Oeffnung im Umfange einer halben Linse dar. Das Aussehen des Geschwürs lässt am ersten den Vergleich mit einem himbeerförmigen Gewächse zu. Kleine Knötchen sind deutlich zu erkennen; dieselben bilden in geringerer oder grösserer Menge zusammenfliessende grössere oder kleinere Wülste, die dem Ganzen ein zerfurchtes und zerklüftetes Aussehen geben.

In der Klinik wurde nun, da dort die Diagnose auf Syphilis gestellt wurde, eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet. Es wurden in der Zeit vom 13. März bis zum 7. April 4 Injectionen von Calomel gemacht; Dose 0·04. Innerlich wurde bis zum 13. März gegeben: Rp. Kali jod. 5·0. Hydrarg. bijodat. rubri 0·05. Aquae dest. 125·0. Syrup. cort. aurant. 25·0. 3 mal täglich 1 Esslöffel.

Vom 13. März bis zum 8. April: Rp. Hydr. praecip. rubr. 0·15. Kali jodat. 5·0. Aquae dest. 120·0. Zweistündlich einen Esslöffel.

Vom 8. April bis zum 15. Mai erhielt Pat. sodann etwa 50 Grm. Kali jodati in aufsteigender Dosis von 1·0 — 2·0 pro die. Es wurde die innerliche Therapie in der Weise fortgesetzt, dass Patientin immer 14 Tage obiges Recept erhielt und dann wieder 14 Tage nur Jodkalium nahm bis zur Entlassung. Sodann wurden am 1. und am 5. Mai durch den scharfen Löffel kleine Stückchen der Wucherung am Septum und am rechten Nasenflügel entfernt.

Einige Tage nach dem Gebrauche des scharfen Löffels bot sich nach meiner Autopsie folgendes Bild: An der rechten Seite, ungefähr in der Mitte des Nasenflügels eine schmutzige Röthe und einige kleine pustelförmige, wie Comedonen aussehende Knötchen; eben solche, trüb gelblich gefärbt, liessen sich auf der Mundschleimhaut der Maxilla superior erkennen. Es sei schon hier bemerkt, dass diese, halbkreisförmig gruppirt, nach einigen Aetzungen mit Lapis infernalis später einen schankerähnlichen Anblick boten. Nach unten zu zeigt

sich an die Röthe angrenzend an der Stelle, wo ein Stück von Halbbohnengrösse abgetragen war, eine frische rothe Granulationsbildung. Von derselben heben sich gelbliche halblinsenförmige Knötchen ab, die sich auch über das Septum in die Nasenhöhlung hinein erstrecken. Das Ganze erscheint noch wulstig und zerklüftet. An der Grenze zwischen normaler Haut und Wucherung sind die Anfänge einer frischen Ueberhäutung zu erkennen, die sich durch eine graulich weisse Färbung kennzeichnet. Die äussere Form der kranken Bildung im Allgemeinen lässt sich dahin definiren, dass sie von der rechten Seite gesehen mehr den Eindruck eines Defectes, von der linken aus mehr den einer Wucherung, einer Hyperplasie macht. (Breite 4·75 Ctm., Höhe 2 Ctm., Dicke des Septum sowie der Nasenwand etwa 0·75 Ctm.)

Bis Ende Mai wurde kein operativer Eingriff mehr gemacht. Doch nahm die Geschwulst in den folgenden Wochen merklich ab. Anfang Juni wurde Patientin mehrmals gelöffelt, und zwar wurde ein kleines Stückchen der Wucherung am Naseneingang weggenommen.

Es zeigte sich einige Tage nachher dieselbe rothe Granulationsbildung. Der Naseneingang erscheint jetzt völlig offen. Nur die Spitze ist noch geschwürig aufgetrieben. Die Aetzwunde im Munde verkleinert sich. Von eigentlichen Knötchen ist nichts mehr zu erkennen. Von Anfang Juni an wurde täglich Pflaster von Bijodatsalbe aufgelegt. Rp. Ung. Hydrarg. bijodat. rubr. 0·03. Adips. suill. 3·0. Ausserdem wurde täglich eine 3—5 Minuten dauernde Einspritzung mit dem Lister'schen Sprayapparat in die Nase gemacht. Seit dem 14. Juni wurden Aufschläge von Höllensteinlösung angewendet und das Innere der Nase zuweilen mit dem Stift touchirt. Die Wucherung schwand unter Bildung neuer Haut. Nur das Septum blieb einigermassen verdickt. Auch die Knötchengruppe im Munde schwindet; neue Knötchen treten nicht auf. Ende Juli konnte die Heilung eine vollständige genannt werden. An dem rechten unteren Nasenrande blieb ein mässiger Defect. Die Nase selbst hob sich durch eine narbige Röthe von dem Incarnat des Gesichtes ab. Patientin wurde Mitte August als gesund entlassen.

Wir verfolgen in dieser Krankengeschichte einen, wenn auch allmälig, so doch entschieden zur Heilung kommenden Process. Wenn nun auch das zweimalige Abtragen kleiner Geschwürstheilchen mit dem scharfen Löffel zur Verkleinerung der Wucherung beigetragen hat, so beweist doch der auffällige Schwund, sowie der

Umstand, dass die Weiter- und Neubildung der Geschwulstelemente vollkommen sistirte, dass die Wirkung der Therapie so zu sagen die Hauptrolle dabei gespielt hat. Die Behandlung war eine antisyphilitische und folglich kann, wenn der alte Grundsatz: „naturam morbi ostendunt curationes“ noch Geltung hat, die Diagnose auf die syphilitische Natur des Uebels wohl eine bestimmte Berechtigung haben. Auch das klinische Bild der Affection spricht in einigen wesentlichen Punkten entschieden dafür: Eine gewisse, den syphilitischen Eruptionen, sei es nun Ulcus, Drüsengeschwulst, Gumma, eigene Härte war ganz deutlich dem touchirenden Finger fühlbar. Es trat dies um so auffälliger hervor, als die eigentliche Effloreszenz weich und bröcklig war, während der Grund, auf welchem dieselbe wucherte, eine harte Infiltration erkennen liess. Auch die Art und Weise der Ausbreitung ist eine mehr der Syphilis, als irgend einer anderen Affection, eigene. Der Lupus liebt gewissermassen das Symmetrische; man findet fast regelmässig bei Lupus der Nase beide Nasenflügel in derselben Weise afficirt und in den meisten Fällen geht er dann gleichmässig auf beide Wangen über. Diese Regelmässigkeit geht ebenso syphilitischen wie carcinomatösen Bildungen ab. Es ist allerdings einzuwenden, dass gerade bei der Nase die Lues eher die Knochentheile ergreift als die Knorpel, dass ausserdem syphilitische Geschwüre auch schon im Anfangsstadium mehr einen Substanzverlust als eine Hypertrophie bedingen.

Doch fällt dieser Grund, seitdem die Erfahrung gelehrt hat, dass gewisse Wucherungen, die man früher als sui generis betrachtete, zur Symptomenreihe der Syphilis zu rechnen seien, fort.

Unter diesen nun befindet sich eine Art, die genau zu unserem Krankheitsbilde passt. Es ist dies die sogenannte Framboësia syphilitica.

Die Framboesie gehört zu den Uebeln, die, zeitweise in Ortschaften, Distrikten, Ländern endemisch auftretend, die verschiedensten Benennungen, die verschiedenste Deutung und Therapie erfuhren. Ueber ihren Ursprung ist nie etwas unzweifelhaft Gewisses zu erfahren gewesen. Je nach der Auffassung der einzelnen Aerzte oder gewisser Parteien wurde sie bald als selbstständige Erkrankung, bald als zur allgemeinen Scrophulose oder zur Lues, oder auch zu dem sogenannten Aussatze gehörig betrachtet und danach behandelt. So kamen eine Masse Namen je nach der

Oertlichkeit, dem Verbreitungsbezirk des Uebels auf, die schliesslich alle nur einen einzigen Begriff umfassen. In Norwegen sprach man von einer „Rade syge“ (schlechte Seuche), in Istrien und Dalmatien wurde sie „Skerljevo“ genannt, im Marschland herrschte der Name „Dithmarsische Krankheit“, in Schottland Siwwens oder Sibbens, ein Ausdruck, der von dem schottischen Worte für „Himbeere“ abgeleitet ist.

Virchow erklärt sie für identisch mit den in den Tropen der alten wie der neuen Welt vorkommenden Yaws, welche dort bald zum Aussatze, bald zur Syphilis gezogen würden, auch Pian oder Bubus genannt.

Sauvages hatte gleichfalls nach dem klinischen Bilde den Namen Framboesie aufgebracht, weil allen diesen Geschwulstformen ein himbeerartiges Aussehen (Framboise, Himbeere) gemeinsam ist.

Man hat sich nun durch die gemeinsame Erfahrung belehrt, dass einerseits diese Affectionen einer Quecksilberbehandlung gegenüber sich geradeso verhalten, wie die verschiedenen Eruptionen der syphilitischen Infection, dass anderseits solche Geschwürsformen auch bei ganz jugendlichen Individuen in der frühesten Kindheit wie in den Pubertätsjahren angetroffen werden; dass ferner auch die Localisation, die Gestalt der Geschwüre die der Syphilis ist. (Als Eigenthümlichkeit der durch constitutionelle Syphilis bedingten Geschwüre wird die Nieren- oder Hufeisenform derselben angegeben, d. h. man kann an den Geschwüren einen concaven, in der Heilung begriffenen und einen convexen, weiter fressenden Geschwürsrand wahrnehmen.) Man hat sich dahin geeinigt, alle diese Affectionen als eine Folge acquirirter oder hereditärer Syphilis zu betrachten. Besonders seit Alibert in der Beschreibung der Mykosis framboesioides ein bestimmtes Krankheitsbild gezeichnet hat, hat sich diese Ansicht verbreitet und befestigt.

Die Wucherungen der Framboesie können am ganzen Körper vorkommen, doch sind die Nase, besonders die Nasenflügelfurchen, dann die Ohrmuschel, Mundwinkel Lieblingssitze derselben. Kaposi beschreibt aber auch solche Fälle[1]), wo die Knoten und Wucherungen an den Extremitäten, besonders in der Weichengegend sich fanden.

---

[1]) Die Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute, III. Heft 1875.

Makroskopisch lässt sich diese Art von Wucherungen dahin definiren, dass auf einer hart infiltrirten Basis sich eine aus kleinen Knötchen wie zusammengesetzt erscheinende gelblich rothe oder braune, immer mehr oder weniger secernirende Masse erhebt, die gewöhnlich durch die zwischen den Knötchen sich hinziehenden Vertiefungen wie gefurcht und zerklüftet erscheint. So hat die Wucherung grosse Aehnlichkeit mit condylomatösen Vegetationen, welche nach Entfernung der dünnen sie überkleidenden Epidermis auch den Anblick einer zerklüfteten schmutzigfeuchten Fläche darbieten. Köbner (klinische und experimentelle Mittheilungen aus der Dermatologie und Syphilidologie, Erlangen 1874. pag. 64) bezeichnet sie als beerschwammähnliche multiple Papillargeschwülste und stellt sie ihrem anatomischen Bau nach zu den Lupusbildungen in die Kategorie der Granulationsgeschwülste. Zuweilen sieht man am Rande solcher himbeerartigen Wucherungen rundliche, ganz schankerähnliche Geschwüre, die in Bezug auf die Diagnose der Syphilis absolut jeden Zweifel verbieten. Sonst haben die Wucherungen oft einen nicht in dem Masse ausgesprochenen specifischen Charakter, dass man jede andere Diagnose unbedingt verwerfen könnte. Charakteristisch ist nur die Bildung von wärzchenähnlichen Efflorescenzen, die entweder in Ulceration übergehen und so zu eiternden Geschwüren werden, oder sich in einen Granulationsherd verwandeln, der ganz wie die gewöhnlichen Wundgranulationen zur Heilung kommt. Eigenthümlich ist der Umstand, dass die dabei sich bildenden Narben nicht stringirend sind, sondern glatt, während die Narbenbildungen des Lupus und auch des Carcinoms sich strahlig zusammenziehen und eine Verzerrung der angrenzenden gesunden Hauttheile zur Folge haben (v. Rinecker).

Ganz analog dem Verlaufe unseres Falles schildert Kaposi[1]) in einer Krankengeschichte die Eruptionen der Framboesie folgendermassen: „Innen bildeten die Wucherungen einen serpiginös verlaufenden, buchtigen, mehrere Linien breiten und hohen scharf begrenzten Saum um ein früher krank gewesenes und nunmehr grau pigmentirtes oder hier und dort von Narben besetztes oder stellenweise selbst neue Herde von Wucherungen producirendes Centrum.“ Von einem solchen Centrum aus ging in unserem Falle, indem zugleich die harte

[1]) a. a. O.

Infiltration der Basis schwand, die Ueberhäutung, durch grau pigmentirte Stellen sich kundgebend, auf den breiten Rand des Geschwürs über. Kleine Productionen von Wucherungen liessen sich im Anfange (s. Krankengeschichte) noch constatiren, hörten aber im Laufe der Behandlung auf. So endete der Process in der Bildung einer ziemlich weichen Narbe, die nicht stringirend ist und sich beim Austritte der Patientin durch eine mässige Röthe von dem Incarnat des Gesichtes abhob.

Wir sehen also, dass, wie der theurapeutische Erfolg, so auch das klinische Bild für Syphilis spricht. Wie stimmt nun dieses Resultat mit der Anamnese? Patientin hat niemals eine Erkrankung der Haut, Ausschlag etc. gehabt. Die Eltern stellen jede Ansteckung in Abrede. Auch auf eine Ansteckung des Kindes durch eine andere Person weist nichts hin, und ausserdem würde eine Infection durch äussere Berührung niemals die Nase zu dem alleinigen Sitz ihrer Productionen wählen. Die Mutter hat sämmtliche Kinder selbst gestillt.

Das einzige Moment, welches auf eine hereditäre Diathese hinweist, ist der Umstand, dass die Mutter einmal ohne sonstigen Grund abortirt und ausserdem zwei Kinder geboren hat, von denen das eine im Alter von 12 Jahren von derselben Nasenaffection befallen wurde und dann nach Schwund derselben an Marasmus zu Grunde ging, und das andere im Alter von $^1/_4$ Jahr ohne besonderen Krankheitsgrund starb. Auch fand der Hausarzt bei der Mutter die Cervicaldrüsen geschwollen. Bringt man diese Umstände mit dem Grundsatze zusammen, dass den Aussagen solcher Leute über solche Dinge niemals zu viel Vertrauen zu schenken ist, besonders wenn wie bei der Mutter ein sexueller Umgang schon vor der Ehe sich constatiren lässt, so könnte der Verdacht einer geläugneten syphilitischen Affection wahrlich nicht ungegründet erscheinen. Da aber ein bestimmtes Factum nicht zu eruiren ist, so muss uns die Entscheidung für eine nicht directe Vererbung näher liegen und richtiger erscheinen. Es tritt damit die Frage an uns heran: Gibt es eine Syphilis, die Generationen überspringend eine dauernde Disposition zu solchen Erkrankungen aufrecht erhält? v. Rinecker sagt, dass es eine Syphilis gebe, die „gewissermassen humanisirt" sei, bei welcher die Reizung des Virus so abgeschwächt sein könne, dass die Drüsen nicht mehr darauf reagiren und die Affectionen

mit Vorliebe ganz isolirte Theile ergreifen, ohne dass der Organismus im Allgemeinen sich erkrankt zeige. Es würde sich dieser Begriff dem der sogenannten Syphilis tarda oder Lues larvata (Hufeland) nähern. Viele Autoren bezeichnen die Syphilis als Ursache der Entartung kommender Geschlechter (Syphilidologie von Behrend 1862. p. 54). Parent Duchâtelet sagt über die durch Ansteckung erworbene Syphilis: „Sie tödtet nicht unmittelbar, das ist wahr; dies aber hindert nicht, dass die Zahl ihrer Opfer trotzdem immens ist. Der Afficirte wird nicht getödtet, aber die Nachkommenschaft entartet.“ Raulin, Beyer, Potton sagen über die mit Syphilis zusammenhängende Scrophulose und Rhachitis, dass sie sich bis auf die dritte Generation erstrecken könne; und ebenso verhält es sich mit der Wirkung des syphilitischen Giftes (Behrend); es setzt sich nach Potton durch mehrere Geschlechter fort; es kann, worauf Simon aufmerksam macht, eine Generation überspringen und sich doch auf's Neue zeigen;“ ja Baumés vertritt die Ansicht, dass erst die Länge der Zeit und die Kreuzung der Racen die letzte Spur desselben vertilgt.

Es braucht sich diese Wirkung der Syphilis nicht in speciell syphilitischen Affectionen zu zeigen, sondern kann, wie oben erwähnt, in Form der Scrophulose oder anderer ähnlicher Krankheitszustände sich äussern. Zwar sagt Virchow (Geschwülste II.), dass wenig Grund vorliege zu der Annahme, dass Syphilis Scrophulose mache, dass es überhaupt sehr zweifelhaft sei, ob die Syphilis bei den sogen. Syphiliden, wie Rade Syge, Skerljevo, Framboesie etc. mit im Spiele sei, aber er weist es mit der Erklärung, dass die Lues hereditaria wohl Bedeutung dafür haben könne, dass überhaupt in diesem dunklen Gebiete grosse Vorsicht nöthig sei, nicht ganz von der Hand. Und warum sollte auch die Scrophulose, wenn auch in den meisten Fällen wegen Mangels an weit genug reichenden Beobachtungen die sichere Ableitung von Syphilis sich nicht nachweisen lässt, nicht ebenso gut als Ausfluss einer versteckt sich fortpflanzenden Lues angesehen werden, wie z. B. die Rade Syge in Schweden? Man glaubt, dass dieselbe, endemisch auftretend, meist zum Grund ihres Ausbruches Erkältung habe, und dass das rauhe Klima, die schlecht bereitete Nahrung die Disposition für sie bedinge und ihre Verbreitung fördere; aber man hat, trotzdem man die Verbindung mit früheren syphilitischen Affectionen nicht

auffinden konnte, dennoch den eigentlichen Grund in einer syphilitischen Diathese gesucht und constatirt, wozu einerseits die Aehnlichkeit der Symptome und des Verlaufes, die Art der Ausbreitung und Localisation, anderseits allerdings auch die Therapie zu berechtigen schien. Man hat bis jetzt noch keinen Grund der Scrophulose finden können. Gibt es doch Fälle, wo Kinder ganz gesunder Eltern als einzelne unter gesunden Geschwistern die Symptome einer allgemeinen Scrophulose tragen. Warum sollte man sich nun sträuben, den gänzlichen Mangel eines Grundes durch ein Moment zu ersetzen, das, wenn auch vorläufig nicht beweisbar, doch wissenschaftlich und empirisch manche Chancen für sich hat? Und wirklich haben wir eine nicht geringe Anzahl von Autoritäten aufzuweisen, deren Urtheil unsere Ansicht unterstützt. Ricord sagt, dass tertiäre Syphilis der Eltern sich nur indirect vererbe, indem sie in der Organisation und Constitution nicht specifische Symptome hervorbringe, die in der Regel auf Scropheln zurückgeführt werden können. Behrend erklärt, dass gerade die mehr einzelnstehenden bösartigen Zufälle der Scrophulose in dem Alter der sich vollendenden Entwicklung immer angeboren sind und ihren Ursprung von Syphilis der Eltern haben. „Astruc sagt," so fährt Behrend fort, „dass Syphilis der Eltern Veranlassung ist, dass scrophulöse und rachitische Kinder in Familien geboren werden, wo diese Erkrankungen sonst nicht erblich sind."

Dem stimmen Rosen, Sauvages und Andere bei. Alibert spricht es als seine Erfahrung vom St. Louis-Hospitale aus, dass fast alle scrophulösen Krankheiten von einer durch die Erblichkeit übertragenen syphilitischen Infection entstanden. Potton weist in 75 Fällen von Scrophulosis der Kinder 14 als sicher von der Syphilis der Eltern herrührend nach. Hufeland nennt sie geradezu Syphilis larvata und Mackenzie erklärt die Scrophulose für eine modificirte Syphilis in der zweiten Generation.

Es ist allerdings in Bezug auf unseren Fall einzuwenden, dass meistens die hereditäre Mittheilung direct von Seite der Eltern nachzuweisen ist. Es lässt sich aber dagegen gewiss mit einiger Berechtigung die Frage aufwerfen, ob nicht in der zweiten oder dritten Generation die Affectionen der Scrophulose, wie in unserem Falle, vereinzelt, gemildert, gewissermassen abgeschwächt erscheinen können. v. Rinecker hat in oben angeführter Bemerkung über

die Syphilis humanisata diese Frage bejaht, und Devergie spricht sich auch, wenn er auch nicht jede Scrophulosis für eine durch die Geschlechter modificirte Syphilis erklärt, in diesem Sinne aus, indem er sagt, dass die meisten Kinder, welche erst im Alter von 8—10 Jahren von scrophulösen Symptomen befallen werden, von syphilitischen Grosseltern und Urgrosseltern abstammen.

In unserem Falle brach die Eruption nach vollendetem zehnten Jahre aus, ohne dass vorher sich jemals irgend welche Zeichen einer scrophulösen Anlage geltend gemacht hätten. Auch weist das gesunde Aussehen der Patientin, die Klarheit des Auges und das frische Incarnat des ganzen Gesichtes entschieden darauf hin, dass eine allgemeine Scrophulose, wie sie durch directe Vererbung auftritt, nicht angenommen werden kann, sondern dass es sich eher um die an einen einzigen Herd gebundene Affection einer auf ererbter Grundlage beruhenden, durch die Generation gemilderten syphilitisch-scrophulösen Diathese handelt.

Nehmen wir nun eine solche an, so kommen wir nothwendiger Weise auf den Begriff des sogenannten Lupus syphiliticus, d. h. diejenige Lupusart, die auch Lupus serpiginosus genannt wird und die einer antisyphilitischen Behandlung zu weichen pflegt.

Was nun aber die Annahme eines Epithelioms anbelangt, so schliessen das klinische Bild, die harte Grundinfiltration, die Art der Geschwürsbildung, der ganze makroskopische Eindruck zwar diese Ansicht durchaus nicht aus. Doch müssen uns nothwendig einige andere Momente in die Augen fallen, die ziemlich entschieden gegen die Annahme einer carcinomatösen Bildung sprechen. Zu diesen gehört vor allen Dingen das Alter der Patientin. Erfahrungsgemäss treffen solche Erkrankungen in den meisten Fällen Individuen, die das 40. Lebensjahr schon überschritten haben. Nach Billroth ist das Epitheliom am häufigsten zwischen dem 50. und 60. Jahre. Ganz vereinzelte Fälle sind aber schon bei einem Alter von 30 oder zwischen 20 und 30 Jahren aufzuweisen. Einen einzigen Fall führen Hebra und Kaposi an, wo sie Epitheliom des Gesichtes bei einem 10jährigen Mädchen gesehen haben; und kommen solche Erkrankungen ausnahmsweise bei einem jungen Individuum vor, so lehrt die allgemeine Erfahrung, dass hier die Wucherung schnell und verderblich um sich greift und auch die Lymphdrüsen

bald in Mitleidenschaft gezogen erscheinen. Ueberhaupt hätte wohl ein Epitheliom einen schnelleren Verlauf genommen, als die Affectionen bei unserem Falle. Sodann liess sich absolut keine Schwellung irgend welcher Drüsen constatiren, was bei einem Cancroid sonst ganz regelmässig der Fall ist; wenigstens wenn der Process eine so lange Zeitdauer hindurch fortgeschritten ist, wie in unserem Falle. Schliesslich fällt noch der Umstand schwer in's Gewicht, dass ein Epitheliom auf eine Quecksilbercur nie so reagirt wie es in unserem Falle ersichtlich war. Niemand hat jemals eine carcinomatöse Bildung einer antisyphilitischen Behandlung weichen sehen.

Auf diese Gründe gestützt, können wir wohl die Diagnose auf Epitheliom als ausgeschlossen betrachten. Ehe wir aber ein bestimmtes Urtheil aussprechen, ist es nöthig auf die histologischen Verhältnisse der Geschwulst unser Augenmerk zu richten.

Die zu untersuchenden Stücke sind in Alkohol gehärtet, mit Karmin oder Hämatoxylin gefärbt. Die Schnitte des ersten Stückchens (Länge etwa $^3/_4$ Ctm., Dicke und Breite etwa 3—4 Mm.) boten bei mittlerer Vergrösserung (Leitz Ocular I. Objectiv V.) folgendes Bild: Die Epidermis, durch ihre hellere Färbung kenntlich, bietet keine Veränderung dar, fehlt aber an mehreren Stellen; die Grenze des Malpighischen Schleimnetzes ist an dunkelfarbigen kleinen, bald runden, bald mehr ovalen Pünktchen erkennbar. Diese Pünktchenschicht begleitet, bald mehr bald weniger sich in die Tiefe erstreckend, alle Ein- und Ausbuchtungen der Hornschicht, und wird an einzelnen solchen Stellen nach unten zu tiefer. Vielleicht sind diese trichterförmigen, mit einer heller gefärbten schieferig gelagerten Masse ausgefüllten Vertiefungen der Epidermis Ausgänge von Talgdrüsen. Eine auffallende Veränderung haben nun die zwischen die Papillen hineinragenden Ausläufer des Malpighischen Netzes erlitten. Wir sehen nämlich diese Gebilde, enorm vergrössert, in Gestalt von Zapfen den ganzen Bereich der Cutis durchdringen. Einzelne Zapfen enden isolirt, bald kolbenförmig verdickt, bald zu spitzen Enden sich verjüngend; andere verzweigen sich dendritisch und bilden in ihren dünneren Endzweigen Netze von der mannigfachsten Gestalt. Bei schwacher Vergrösserung erscheinen sie fein granulirt, durch eine dunkelrothe Färbung sich von einem helleren

Grunde abhebend. Schon jetzt kann man erkennen wie dieser gekörnte Inhalt der Zapfen in ununterbrochenem Flusse aus dem Rete zu kommen scheint. Meistens unter diesen Zapfen liegen, bald einzeln bald in Gruppen zusammen bald kreisrunde, bald mehr ovale Gebilde, die gleichfalls durch dunklere Färbung sich kennzeichnen, theils erscheinen auch diese gleichmässig gekörnt, theils scheinen sie aus concentrischen Ringen zu bestehen, die nach dem Centrum zu heller werdend, dieses als einen runden hellen gelblichen Fleck umschliessen. Die Zwischensubstanz, in welcher diese Gebilde liegen, ist an einer helleren Färbung kenntlich; sie erscheint im Wesentlichen als ein feines, bald mehr körniges, bald mehr faseriges Gebilde.

Bei starker Vergrösserung (Leitz Ocular I. Objectiv VII.) erscheinen die rundlichen Gebilde theils zellenerfüllt, theils aus concentrischen Ringschichten bestehend, die aus verhornten und geschrumpften Zellen gebildet, sich zwiebelschalenartig in einander gelagert haben; übrigens lässt der Umstand, dass sie an mehreren Stellen mit den Zapfen unmittelbar zusammenhängend gefunden werden, die Annahme als gerechtfertigt erscheinen, dass sie horizontale Durchschnitte durch die Längsaxe der Zapfen sind. Immerhin können einzelne, die im Centrum einen leeren runden Raum aufweisen, auch Durchschnitte durch zellengefüllte Drüsenschläuche sein. An einzelnen Präparaten fanden sich gut erhaltene Haarbälge mit Haarwurzeln, ebenfalls mit Zellen angefüllt. Gefässe waren in den ersten Stückchen nicht zu erkennen. Dagegen liegt die Annahme nahe, dass die Zapfen, welche in den mannigfachsten Verzweigungen in die Tiefe gehen, Räume einnehmen und ausfüllen, die früher Lymphbahnen darstellten; man könnte dann in den länglichen randständigen Zellen Endothelzellen der Lymphräumewandungen sehen; doch ist es fraglich, ob die kleinen Lymphbahnen der Haut überhaupt Wandungen haben. Was nun schliesslich die Zwischensubstanz anbetrifft, so zeigt sie sich fast durchgängig als Granulationsgewebe, aus Fasernetzwerk bestehend mit eingebetteten kleinen Rundzellen mit einem dunklen Kern; zuweilen, doch in dem ersten Stückchen nur isolirt, sind auch rundliche Anhäufungen von grösseren Zellen und vereinzelten Riesenzellen zu erkennen.

Diese Erscheinung tritt als hauptsächliches Moment in den Präparaten des zweiten Stückchens, Länge etwa 1 Ctm., Breite

0·75 Ctm., Dicke 0·5, zu Tage. Die Epidermis ist hier fast durchgängig verdünnt, wenigstens in der oberen Schichte. Das Rete erscheint dagegen noch immer in die Tiefe hinein vergrössert und in kleine Zapfen ausstrahlend, wie bei den ersten Präparaten. Doch sind die Zapfen bedeutend kleiner und viel weniger zahlreich; von Verzweigungen derselben sieht man nichts mehr. Bei schwacher Vergrösserung erscheinen die Schnitte durchgängig granulirt; überall heben sich von einer hellrothen Grundsubstanz dunklere runde Gebilde ab, die bei starker Vergrösserung als Zellennester sich erweisen. Und zwar sind es nicht die kleinen Rundzellen, die diese Areolen bilden, sondern grössere epithelzellenähnliche Zellen, bald mehr rund, bald unregelmässig polygonal oder auch linsenförmig, mit mehreren dunkelgefärbten, willkürlich gelagerten Kernen. Die meisten haben einen bläschenförmigen contourirten Kern mit Kernkörper. Von diesen Zellen umlagert findet man in allen Präparaten Riesenzellen, und zwar meistens mit einer ganzen Menge Kerne, die zuweilen kranzförmig am Rande gelagert sind. Sie heben sich durch ein helles feinkörniges Protoplasma von der etwas dunkler gefärbten Umgebung ab, sie erreichen eine Grösse von ungefähr 0·08—0·1 Mm.

Es ist wohl keine Frage, dass diese Zellbildungen mit den kleinen Rundzellen des Granulationsgewebes — denn als solches erscheint das zwischenliegende Gewebe — in genetischem Zusammenhange stehen; es scheinen mir darauf folgende Verhältnisse hinzuweisen, die ich an einem Präparate besonders scharf und klar ausgeprägt fand. Das Präparat ist von einem ziemlich grossen schon mit Lupenvergrösserung erkennbaren Gefässe fast in seiner ganzen Länge durchschnitten, welches noch mit einer hellen körnigen Substanz, wohl verödeten Blutelementen, gefüllt ist. In seinem ganzen Verlaufe nun wird dieses von einer mächtigen Schicht Bindegewebszellen, die an einzelnen Stellen schon vollkommen zu Bindegewebe verdichtet erscheinen, begleitet.

Geht man nun nach der Peripherie des Schnittes zu, so sieht man, dass diese Bindegewebszellen allmälig runder und weniger gestreckt werden, also ihre Eigenthümlichkeit immer mehr verlieren und in jene grösseren Zellen übergehen, aus denen die Areolen zusammengesetzt sind. Noch weiter nach der Peripherie zu macht sich sodann eine mehr gleichförmige Infiltration von kleinen

Rundzellen, lymphoiden Elementen geltend. Dass diese Aufeinanderfolge von Zellbildungen keine zufällige ist, leuchtet ein. Man findet sie mehr oder weniger klar ausgesprochen in allen Präparaten. Vielmehr liegt die Annahme sehr nahe, dass wir es hier mit jener Metamorphose zelliger Elemente zu thun haben, wie sie Ziegler in seiner neuesten Arbeit über pathologische Gefäss- und Gewebsneubildung beschrieben und als typisch für jede entzündliche Neubildung hingestellt hat. Hiernach, und es stimmen dieser Erklärung nicht wenige Forscher der jüngsten Zeit bei, sind die ursprünglichen Rundzellen die Bildungselemente des künftigen Narbengewebes. Die Rundzellen sind als ausgewanderte weisse Blutkörper, „Wanderzellen, lymphoide Elemente" anzusehen. Dieselben fliessen zu jenen grösseren Zellen und Riesenzellen zusammen, die dann, zu mehreren vereint, eine grössere Protoplasmamasse darstellen; aus dieser entwickeln sich nun, indem sich immer ein Kern mit einer gewissen Menge Protoplasma ausscheidet, fibrilläre, spindelartige Zellen, die immer mehr den Typus der Bindegewebszellen annehmend, allmälig zu Narbengewebe werden. Dies geschieht aber nur unter günstigen Bedingungen, und diese scheinen in der genügenden Blutzufuhr zu liegen. So erklärt sich wenigstens, dass dieses neu organisirte Gewebe immer nur in der Nähe der Gefässe sich vorfindet. Wo eine Gegend schlecht mit Gefässen versorgt ist, da finden sich wohl vereinzelt jene Zellennester vor; auch zur Bildung von protoplasmareichen Riesenzellen kann es noch kommen; hier aber steht die Weiterentwicklung still, es tritt Verkäsung ein und die Zellenrudimente werden mit dem Ulcerationssecret entfernt. Also fängt eine regressive Metamorphose erst nach der Entwicklung jener grösseren Zellgebilde an. Die Bildung dieser Elemente selbst ist als der Anfang eines progressiven Neubildungsprocesses, der Narbenbildung, aufzufassen.

Fassen wir nun das ganze mikroskopische Bild, wie es uns aus beiden Stückchen sich entwickelt, noch einmal ins Auge, so können wir uns nicht verhehlen, dass das Bild des ersten Stückchens so sehr auf dasjenige des Epithelioms passt, dass jeder, der über die Krankengeschichte nicht unterrichtet ist, sich für die Diagnose auf diese Geschwürsform entschieden hätte. Ganz charak-

teristisch dafür sind die Zapfen, und auch jene rundlichen Bildungen finden wir beim Epitheliom in dem Begriffe der sogenannten Perlknoten. Dagegen sprechen aber ausser den anamnestischen und klinischen Momenten ganz entschieden die mikroskopischen Verhältnisse, wie sie sich uns in den Schnitten des zweiten Stückes bieten. Diese lassen uns so klar die Verhältnisse des Lupus erkennen, dass die Wahrscheinlichkeit eines Epithelioms ganz wegfällt. Es ist vielmehr, wenn wir auch die anderen Schnitte in Betracht ziehen, jene Form von Lupus anzunehmen, welche Volkmann, Wagner, Busch schon beschrieben haben. In neuester Zeit haben auch Friedländer und Thoma solche Fälle erwähnt. Es ist dies der epitheliomähnliche Lupus. Busch bringt davon in einer Abhandlung des Archivs für klinische Chirurgie 1878 XV. p. 48 folgende mikroskopische Beschreibung, die vollkommen auf unseren Fall passt: „Man sieht eine Menge von Zapfen und Kolben, von welchen einige stumpf endigen, andere in mannigfacher Weise sich dendritisch gabeln. Alle sind dicht gefüllt von Epithelzellen und dazwischen finden sich zerstreut die bekannten Perlkugeln mit ihrer zwiebelähnlichen Struktur. In einem der Präparate liegen die Perlkugeln so dicht an einander, dass fast alle den Kolben bildende Epithelzellen in diesen Bildungen aufgegangen sind. Ein gleicher Befund war auch bei einem Präparate von unserem Falle zu constatiren. Jeder Unbefangene, welcher nicht weiss, woher diese Präparate stammen, würde sie als Stücke eines Epithelioms diagnosticiren."

Mikroskopisch könne beides, Epitheliom und Lupus, oft nicht unterschieden werden, aber der klinische Verlauf trenne beide weit von einander. Der Umstand, den wir bei unserem Falle auch beobachteten, dass dieser Lupusart keine Lymphdrüsenaffection sich hinzugesellt, spricht nach Busch auch für die Nothwendigkeit, diese Geschwulst dem Lupus zuzuzählen, da ein Epitheliom stets ausnahmslos mit Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen complicirt ist. Ausserdem seien aber auch Dauer, Heilbarkeit und Unschädlichkeit der Krankheit als Momente anzuführen, die einen entschiedenen Unterschied zwischen den Lupusaffectionen und dem Epitheliom begründen.

Alle diese Momente finden wir bei unserem Falle wieder. Auch Thoma beschreibt in seiner oben erwähnten Arbeit über

Lupus[1]) einen Fall von ulcerativem Lupus der Nase und des Gesichtes, wo die mikroskopische Untersuchung ein gleiches Resultat ergab. „Geschwulstheile“, so schliesst er die mikroskopische Beschreibung, „welche keine Epitheliomzapfen enthalten, konnten in dem excidirten Gewebsstücke nicht aufgefunden werden.“

In einem anderen Falle bemerkt er ausdrücklich, dass die sich verästelnden Zapfen und Sprossen zusammengesetzt sind aus Elementen von dem Charakter der Zellen des Rete Malpighii. Auch Friedländer bestätigt in seiner neuesten Arbeit über Epithelialwucherung und Krebs“ (Strassburg 1877) das häufige Vorkommen epithelialer Wucherung bei Lupus. Man erkenne (l. c. p. 7) sehr häufig bei Lupusgeschwüren, dass der Ulcerationsgrund eine vollständig continuirliche Epithelschicht von beträchtlicher Dicke trage. in manchen Fällen begleite diese Schicht in gleichmässiger Dicke das unterliegende Granulationsgewebe, in anderen Fällen indessen sehe man beträchtlich lange Epithelsprossen in die Tiefe ziehen, die sich dann sogar verästeln könnten, so dass schon ein ganz complicirtes Wechselverhältniss zwischen Epithel und Grundgewebe zu Stande komme.“

Was nun schliesslich die Annahme einer syphilitischen Grundlage anbelangt, wie wir sie oben beleuchtet haben, so steht uns nichts im Wege, eine solche ebensogut für diese Lupusart anzunehmen, wie für die Knotenform des Lupus.

Jedenfalls spricht die Anamnese, wenn auch noch nicht apodiktisch bestimmt, so doch mit grosser Wahrscheinlichkeit dafür; und wenn wir dem Erfolge der Therapie, die ja eine antisyphilitische war, auch eine Beweiskraft zuerkennen, so müssen wir die Diagnose auf eine epitheliomähnliche, auf syphilitischer Grundlage basirende Art des Lupus als die meistberechtigte hinstellen.

---

[1]) Virchow Archiv, Bd. 65, 1875.

Ueber das sogenannte „Molluscum contagiosum."

Von **Prof. Dr. Kaposi** in Wien.

Den Gegenstand der folgenden Erörterung bilden eigenthümliche pathologische Productionen an der Haut, die den Aerzten mehr minder bekannt sind. Denn man begegnet ihnen ziemlich oft in der Praxis der Erwachsenen sowohl wie vorzüglich der Kinder.

Die angedeuteten Gebilde, welche auf der Tafel 10 Fig. 2 und 3 der VII. Lieferung des Hebra'schen Atlasses abgebildet sind, stellen stecknadelkopf- bis erbsengrosse, rundliche, halbkugelige, kugelige, über das Hautniveau emporgewölbte, weiss schimmernde oder mit der normalen Haut gleichgefärbte, beinahe transparente, zuweilen von einem schmalen, rothen Saum eingefasste, warzenähnliche Hervorragungen oder kleine Geschwülste dar. Die grösseren zeigen in der Mitte eine deutliche, dellige Vertiefung, welche unverkennbar der Follikelmündung entspricht, und sie sehen in dieser Beschaffenheit Varicella-Efflorescenzen sehr ähnlich. Deshalb werden sie auch nicht selten irrthümlicher Weise als Varicella diagnosticirt.

Ich will diese Formation gleich hier behufs der leichteren Verständigung unter dem Namen Molluscum verrucosum einführen.

Fasst man ein solches Gebilde zwischen die Nägel beider Daumen und übt man einen stärkeren Druck von den Seiten her aus, so tritt das ganze Körperchen aus seinem Bette. Die zurück-

gebliebene seicht excavirte Basis blutet dabei jedesmal ziemlich bedeutend.

Mit unbewaffnetem Auge erkennt man, dass das zu Tage geförderte Gebilde wie ein Träubchen aus runden, glatten, weissen Läppchen zusammengefügt ist, welche an einem kurzen, centralen Strange hängen.

Zwischen den Fingern zerreibt sich dasselbe erst, wenn man einen solchen Druck angewendet hat, dass die stramme Hülle der einzelnen Läppchen platzt. Dann bekommt man eine breiig-blättrige Masse, die sich unter dem Mikroskope als fein vertheilte, platte, kernhaltige Epidermiszellen, Fettkügelchen und Fettkrystalle darstellen. Ausserdem finden sich grosse, eiförmige, kernlose, eigenthümlich mattglänzende Körper in grosser Menge, welche zuerst von Henderson als „globular cells“, von Paterson als „peculiar globes“ bezeichnet und abgebildet, von Baerensprung, Virchow, Cotton, Retzius, Bizzozero und Manfredi, C. Boeck und Anderen bestätigt und vielfach wieder abgebildet und verschieden gedeutet worden sind.

Auf diese Körperchen werde ich noch besonders zu sprechen kommen.

Die geschilderten warzen- oder pockenähnlichen Gebilde kommen ziemlich häufig zur Beobachtung. Sie finden sich am Penis und Scrotum, an den Labien, am Stamme, an den Armen, im Gesichte, am Halse, am Nacken, an den Augenlidern, einzeln oder in grösserer Zahl, zu 20, 50, 100 und darüber, und dann stets in verschiedener Grösse, von kaum bemerkbaren, punktförmigen bis zum Umfange von grossen Erbsen. Ebert[1]) fand einmal deren so viele an einem Individuum, dass das Augenlid durch die Menge und Last der auf demselben situirten Protuberanzen herabgezogen und das Sehen behindert wurde. Ich habe einmal auf dem Penis, Scrotum und den inneren Schenkelflächen eines Mannes bis 135, und bei einzelnen Kindern 80 bis 100 und darüber gezählt.

Durchwegs stehen sie auch bei so grosser Menge disseminirt. Bisweilen drängen sie sich jedoch an einer Stelle dicht zusammen und formiren dann kreuzergrosse und umfangreichere, flach erhabene, drusig-höckerige Plaques, in welchen man die Dellen und

---

[1]) Jahrbuch für Kinderheilkunde 1870, pag. 152.

Contouren der den Plaque zusammensetzenden Knötchen nicht mehr erkennt. Nur in der Mitte pflegt eine seichte Depression oder eine Delle sich vorzufinden. Diese Form entpricht den von Ribbentrop[1]) seinerzeit beschriebenen und so bezeichneten „Comedonenscheiben“.

Sie entstehen jederzeit als stecknadelkopfgrosse und kleinere, blassrothe, oder der Haut gleichgefärbte Knötchen, welche, wie alle guten Beobachter angeben, die Mündung eines Follikels in sich fassen.

Ihre Entwicklung geht ohne merkliche subjective Erscheinungen, allenfalls unter mässiger Juckempfindung, in ziemlich rapider Weise vor sich. Die Betreffenden oder die Angehörigen (Eltern oder Wartpersonen von Kindern) geben darum auch meist an, „plötzlich“ den „Ausschlag“ oder die „Warzen“ oder die „Pocken“ entdeckt zu haben. Einmal entstanden, vergrössern und vermehren sie sich durch Wochen und Monate hindurch. Viele bleiben auf dem kleinsten Umfange stehen, bilden sich auch zurück und verschwinden spurlos. Andere wachsen zu deutlichen, pockenähnlichen, erbsengrossen Knoten heran. Einzelne werden gelegentlich zerkratzt, bluten, bedecken sich mit einer Borke und fallen ab. Andere werden schmerzhaft, indem an ihrer Basis eine wallartig sie umfassende und über das Niveau emporhebende Entzündung und Eiterung sich einstellt. In diesem Zustande sieht das Gebilde für das Auge des Laien erschreckend aus. Es ist succulent, an der Oberfläche mit einer blutigen Borke bedeckt, eiternd. Endlich fällt die Warze in toto aus und an ihrer Stelle findet sich eine tiefe, eiternde Wunde, nach deren Verheilung eine Narbe zurückbleibt, wie nach einer tiefen Variola-Pustel, — ein bezüglich des Gesichtes bei Mädchen wohl zu beachtender Umstand. Bisweilen bleiben einzelne, oder sehr viele dieser Productionen jahrelang ohne jegliche Veränderung bestehen, dies speciell am Penis und Scrotum, in welchem Falle die Betreffenden nur den jahrelangen Bestand constatiren, aber über die Umstände, unter welchen sie entstanden waren, selten Auskunft geben können.

Welche Umstände die Entstehung dieser interessanten Formationen veranlassen oder begünstigen mögen, vermag ich nicht zu sagen. Nur Eines ist in dieser Beziehung durch die Erfahrung

---

[1]) Magaz. für ges. Heilkunde. B. 64. 1. Heft.

gelehrt worden, was Hebra schon in seinen Jahresberichten aus den Jahren 1842—1844 und 1845 [1]) hervorgehoben hat, dass sie bei Pruriginösen sich häufiger vorfinden. Ich möchte nach meiner Erfahrung dies dahin ergänzen, dass Eczem überhaupt, das ja auch bei Pruriginösen regelmässig sich vorfindet, u. z. vorwiegend das fast ohne entzündliche Infiltration der Haut verlaufende Eczema squamosum blasser Hautorgane, wie Kinder und weibliche Individuen darbieten, zur Entstehung dieser Bildungen den Anstoss gibt. Ich habe sie sehr oft bei Kindern gesehen, während und nach dem Verlaufe von Eczem, namentlich des Gesichtes, mag dieses behandelt worden sein oder nicht.

Die Veränderungen, welche profuse Schweisse enthaltende Maceration durch Bäder und Kaltwasser-Kuren auf zarter Haut veranlassen, stellen sich bekanntlich im Allgemeinen als Eczem dar. Es ist nun interessant und für die obige Ansicht eine Bekräftigung, dass unter solchen Umständen und Einflüssen eine acute Entwicklung des Molluscum verrucosum beobachtet worden ist.

So habe ich bei einem Manne der hiesigen Kranken-Abtheilung, der wegen eines gangränösen Bubo durch mehrere Wochen im continuirlichen Wasserbette gelegen war, eine acute Eruption dieser Gebilde beobachtet, welche etwa durch zwei Monate anhielt und spontan verlief. Binnen drei Wochen waren beide Arme mit Hunderten dieser Warzen in den verschiedensten Grössen besät. Viele dieser Efflorescenzen dienten mir zur Untersuchung. Gegen Ende des dritten Monates waren sie alle spontan geschwunden. Dasselbe hat Neumann [2]) bei einer Puerpera und Zeissl [3]) wiederholt bei stark transspirirenden Personen, wie Wöchnerinnen, an acuten Exanthemen darniederliegenden Kindern und einmal bei einem Manne, der die forcirte Priessnitz'sche Schwitzkur passirt hatte, gesehen.

Dieses in seinen klinischen Eigenschaften nunmehr vorgeführte Gebilde hat in der Pathologie die merkwürdigsten Schicksale erlebt.

---

[1]) Zeitschrift der k. k. Ges. d. Aerzte in Wien 1. B. pag. 42.

[2]) Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1870, pag. 72.

[3]) Archiv für Dermatologie und Syphilis. Jahrg. 1869, 1. Heft, pag. 60.

1. Dasselbe ist als Condyloma porcelaneum nach Fritze[1]); als subcutanes, endofolliculäres oder endocystisches Condylom nach Zeissl[2]), Hauck[3]), Kraemer[4]), Biesiadecki[5]) und Lostorfer[6]) bezeichnet und abgehandelt worden. Seine Benennung als Condylom, irrthümliche Deutung seiner anatomischen Zusammensetzung und seines Vorkommens haben in früherer Zeit die Meinung da und dort unterhalten, dass das Gebilde, wie die spitzen Condylome, mit der venerischen Affection in ursächlicher Beziehung stehe, was von den neueren Autoren, namentlich den angeführten Zeissl und Lostorfer selbstverständlich nicht gilt.

2. Man hat das in Rede stehende Gebilde einfach als Molluscum contagiosum (Bateman) hingestellt und von letzterem Standpunkte aus sich

a) über dessen anatomischen Bau,
b) über dessen Contagiosität

zu orientiren bemüht.

Dies führt mich nothwendig zunächst zu der Besprechung des auch sachlich hierher gehörigen

Molluscum contagiosum (Bateman).

Bateman hat zwei Arten von Molluscum aufgestellt, beschrieben und abgebildet. Die erste, auf Taf. LX seines Atlasses[7]) stellt die bereits von Willan als Molluscum simplex s. pendulum bestimmte Form dar, welche dem von Tilesius und Ludwig[8]) beschriebenen Falle entspricht. Sie bezeichnet theils breit

---

[1]) Handbuch über die venerischen Krankheiten. Leipzig 1797.

[2]) l. c. pag. 57.

[3]) Med. Vereinszeitung. Berlin 1840, Nr. 51.

[4]) Ueber Condylome und Warzen. Göttingen 1847, pag. 8.

[5]) Beiträge zur phys. und pathol. Anatomie der Haut, Sitzungb. d. k. Ak. d. W. LVI. B. Juni 1877, pag. 19.

[6]) Arch. für Dermat. u. Syph. 1871 2. Heft. pag. 184.

[7]) Delineations of skin-diseases. London 1877.

[8]) Historia pathologica singularis cutis turpitudinis Jo. Godofredi Rheinhardi, (de Mühlberg), viri L. annorum. Lipsiae 1793. Pag. 6 der Vorrede zu dieser Beschreibung des Tilesius gebraucht Ludwig die Worte: corpus tectum est verrucis „mollibus" „sive molluscis", wegen der weichen Beschaffenheit der Geschwülste. Und es ist kein Zweifel, dass Willan diese

aufsitzende, theils gestielte und hängende, multiple Geschwülste der Haut, welche solid sind und aus Fasergewebe bestehen. Deshalb hat ihnen Virchow den Namen Fibroma molluscum gegeben [1]).

Wiewohl einzelne Autoren (v. Baerensprung[2]), Er. Wilson[3]) diese gegenwärtig gewiss mehr allgemein bekannte Geschwulstform mit der folgenden verwechselt haben, so kann man doch von diesen vereinzelten Irrthümern absehen und das Fibroma Molluscum s. Molluscum simplex, s. M. pendulum Willani hier ganz ausser Betracht lassen [4]).

Die zweite Form des Molluscum erscheint bei Bateman auf Taf. LXI abgebildet und hat von Letzterem das Attribut „contagiosum" erhalten. B. gibt an, dass Willan diese Art nicht gesehen habe. Er nenne sie Molluscum wegen ihrer äusseren Aehnlichkeit mit dem Willan'schen Molluscum, und contagiosum deshalb, weil er auf Grund der Beobachtung, dass die Krankheit bei mehreren in gegenseitigem Verkehr gestandenen Personen zugleich oder bald hintereinander sich entwickelt hatte, dieselbe für contagiös halte.

Die Beschreibung, welche Bateman vom Molluscum contagiosum gibt [5]), lautet:

This singular eruption has not been noticed by Dr. Willan, and was unknown to myself, till after the publication of two editions of my synopsis, it may, therefore, be proper to give a fuller account of it than is usual in this work. The peculiar circumstance which distinguish this species of Molluscum from the common excrescences of that name are its contagious quality and

---

Bezeichnung „Molluscum" adaequat der durch Ludwig hervorgehobenen mollusken Beschaffenheit der Geschwülste gewählt hat. Was Plenck (Doctrina de morb. cutaneis, Viennae 1783, pag. 79) als Verruca carnea s. mollusca skizzirt hat, stellt wirkliche Warzen vor. (Siehe Kaposi in Hebra-Kaposi, Lehrb. der Hautkrankheiten. 2. Th. pag. 237 et sequ.)

[1]) Virchow, Geschwülste. Berlin 1863. I. B. pag. 327.

[2]) Beiträge zur Anatomie und Pathologie der menschlichen Haut Leipzig 1848, pag 93.

[3]) On the diseases of the skin. London 1863, pag. 340.

[4]) Siehe Hebra und Kaposi, Lehrb. der Hautkrankheiten. 2. B. l. c. meine Darstellung über Molluscum fibrosum.

[5]) Bateman, l. c. Text zu Pl. LXI.

the emission of a milky fluid from an imperceptible aperture in the apex of most of the larger tubercles upon pressure, by means of which fluid it is probable, that the disease is inoculated . . . . The tubercles are hard, smooth and nearly of the colour of the skin, but with a shining surface and a slight appearance of transparency: they are generally of a globular form, sometimes ovate and sessile upon a contracte base. Their progress is not very rapid, but some of them, on attaining a considerable size, proceed to a slow and curdly suppuration.

Betrachtet man den Inhalt dieser Beschreibung und die dazu gehörige Abbildung, so kann man keinen Augenblick daran zweifeln, dass Bateman's Molluscum contagiosum atheromatös entartete Talgdrüsen vorstellt. Bateman hebt ausdrücklich hervor, dass eine feine Oeffnung, d. i. die Drüsenmündung an der Spitze der Geschwülste vorhanden sei; dass man durch diese den Inhalt der Geschwulst herausdrücken könne, und dass dieser Inhalt „a milky fluid" eine milchigkäsige Masse bildet. Er hat also die von mir Eingangs besprochenen pockenähnlichen Gebilde nicht im Auge. Wir lesen nirgends etwas von einer Delle, von der gewiss Jedermann ins Auge springenden Pockenähnlichkeit und nichts von einer festen Beschaffenheit des Geschwulst-Inhaltes. Was Bateman unter Molluscum contagiosum verstanden wissen wollte, ist also klar, um so mehr, wenn man noch seine Abbildung des Molluscum contagiosum betrachtet.

Die Bateman'schen Molluscum-Geschwülste kommen gar nicht selten vor, einzeln, zu mehreren und sehr vielen, insbesondere an Hautstellen, welche der Sitz von zahlreichen Comedonen und Akne-Knoten, also ebenfalls Produkten der Drüsen-Erweiterung durch Inhalts-Retention oder Proliferation sind, wie im Gesichte, am Rücken. Sie bilden erbsen-, bohnen-, haselnussgrosse, zuweilen selbst geschwulstartig hervorragende, derb-elastische, cystenartig umgreifbare Knötchen und Knoten, selbst grosse, breit aufsitzende oder hängende Geschwülste. Auf den meisten sieht man deutlich die Drüsenöffnung. Man kann oft recht gut mit einer Knopfsonde in diese und die Drüsenhöhle eindringen. Die Wandung der letzteren ist nicht selten bei den grösseren verdickt. Auf Druck entleert sich ihr molkig-käsiger Inhalt durch die genannte Oeffnung, oft in Form eines heftigen Strahles. Ein oder der andere Knoten

kann durch Druck nicht entleert werden, offenbar weil dessen Mündung verlöthet ist. Aber eine feine Punction genügt, um den Inhalt zum Austritt zu bringen, oder es wird die früher unsichtbare und unauffindbare Oeffnung auf Anwendung eines stärkeren Druckes für den Geschwulstinhalt durchgängig.

Manche contrahiren sich und verschwinden, wenn sie ein- oder mehreremale ausgepresst worden sind. Andere füllen sich regelmässig wieder, bis nicht der Balg exstirpirt oder der Länge nach gespalten und durch Aetzung, Einlegen, Irritation etc. zur Eiterung und Verwachsung gebracht wird.

Nach dem Gesagten muss man sich gerechtermassen verwundern, wohin wir heute mit dem Molluscum contagiosum gerathen sind.

Seit einer durch John Thomson und Carswell (1821) geschehenen, von Cazenave und Schedel[1]), später von Paterson[2]) reproducirten Mittheilung, ist eine ganze Reihe von Fällen des Molluscum contagiosum veröffentlicht worden, als deren Gegenstand nicht etwa Gebilde, wie sie Bateman geschildert hatte, sondern eben solche pockenähnliche Warzen figuriren, wie ich früher als Sebumwarze, Molluscum sebaceum, M. verrucosum, subcutanes Condylom und anderen Synonymis etc. angeführt habe.

Solche Publicationen erfolgten hauptsächlich von englischen Autoren: Henderson[3]), Paterson[4]), Cotton[5]), denen in demselben Sinne, das ist mit der Bezeichnung der pockenähnlichen Warzen als Molluscum contagiosum in Deutschland folgten: Ebert und Virchow[6]), Klebs[7]), Bizzozero und Manfredi in Italien[8])

---

[1]) Abrégé pratique des maladies de la peau. Paris 1834. 2. édit. p. 387.

[2]) Edinb. med. and surg. Journal 1841 Vol. LVI. pag. 280.

[3]) Edinb. med. and surg. Journal 1841 Vol. LVI. pag. 213.

[4]) l. c.

[5]) Report of some cases of Molluscum contagiosum with observations on its general history and pathology, Edinb. med. and surg. Journ. 1848. Vol. LXIX. pag. 82.

[6]) Berl. klin. Wochenschrift 1865, Nr. 4 pag. 34 und Virchow in dessen Archiv, B. 33, pag; 144; sowie Ebert im Jahrb. f. Kinderheilkunde 1870. pag. 152.

[7]) Handbuch der pathol. Anatomie. Berlin 1868, 1. Lief. pag. 33.

[8]) Archiv für Dermatol. und Syphilis. 1871, pag. 599 und ibid. (Vierteljahrschrift) 1876. 4. Heft. pag. 611.

Retzius[1]) in Stockholm und C. Boeck[2]) aus Christiania u. m. A. Alle die zuletzt erwähnten Autoren haben das Molluscum verrucosum schlechtweg als M. contagiosum hingestellt und es wurde ganz ignorirt, dass die Gebilde, welche Bateman als solches beschrieben hatte, etwas anders beschaffen waren. Und wenn auch z. B. Bizzozero uud Manfredi ausdrücklich eine Geschwulst des Augenlides beschreiben, die eine in ihr Cavum führende Oeffnung und einen milchigen Inhalt darbot und exstirpirt werden musste, gerade so wie das echte Bateman'sche Molluscum, so ist doch der ganze Tenor ihrer Darstellung so gehalten, als hätten sie ein Molluscum verrucosum vor sich gehabt.

Merkwürdiger Weise meint nun einer der neueren Bearbeiter dieses Gegenstandes, Retzius, sich dies besonders zu Gute rechnen zu dürfen, da wie er glaubt, anderweitig die besprochenen Gebilde übersehen worden seien. Es ist klar, dass in dieser Beziehung Retzius ganz im Unrecht ist, da viele Autoren dieselben Gebilde unter anderen Namen vorgeführt hatten, als Molluscum sebaceum, Sebumwarzen (Hebra), Comedonenscheiben (Ribbentrop), Acné varioliforme (Bazin[3]) und Hardy[4]), Acné molluscoide (Caillault[5]), subcutanes, endocystisches Condylom etc. anderer schon erwähnter Autoren n. s. f.

Andere, speciell Anatomen, haben sowohl diese Form im Auge gehabt, als sie von Molluscum contagiosum handelten, aber zugleich auch jenes von Bateman als solches aufgestellte nicht ignorirt. Sie haben jedoch beide Formen nicht auseinander gehalten, weil sie — und ich sage es gleich hier — mit Recht beide als in der Intensität, nicht im Wesen different ansahen, so Rokitansky[6]), Baerensprung[7]), Förster[8]), Rindfleisch[9]) u. A.

---

[1]) On Molluscum contagiosum. Nordiskt med. Arkiv, Bd. II. Nr. 11. Deutsch in „deutsche Klinik" 1871. Nr. 50. 1872. Nr. 2, 4, 6 und 8.

[2]) Vierteljahrschrift für Dermatol. und Syphilis. 1875. 1. Heft pag. 23.

[3]) Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau. Tom. I. Paris 1862, pag. 248.

[4]) Leçons sur les maladies de la peau. Paris 1863, pag. 98.

[5]) Traité pratique des maladies de la peau chez les enfants. Paris 1859, pag. 94.

[6]) Pathol. Anatomie. 2. B. pag. 76. [7]) l. c.

[8]) Pathol. Anatomie. 1863, pag. 1088.

[9]) Pathologische Gewebelehre. Leipzig 1871, pag. 284.

Indem ich also auf den ursprünglich von Bateman dargestellten Charakter des Mulluscum contagiosum zurückweise und betone, dass dessen Ausschliessung ipso facto unthunlich ist, will ich doch auch der Thatsache volle Rechnung tragen, dass nunmehr von vielen Seiten die geschilderten varicellenähnlichen Gebilde als M. contagiosum hingestellt werden.

Wir müssen also die Angelegenheit jetzt so auffassen, dass das Bateman'sche Molluscum contagiosum nunmehr zweierlei Formen aufweist:

1. Die von Bateman geschilderten Geschwülste, dargestellt in B's. Delineations etc. pl. LXI und in Hebra's Atlas Lief. VII Taf. 11 und

2. Das Gebilde, welches als Sebumwarze, Molluscum sebaceum, subcutanes Condylom, Epithelioma Molluscum s. Molluscum epitheliale Virchow[1]) und M. contagiosum der genannten neueren Autoren bekannt ist, dargestellt in Hebra's Atlas Lief. VII und Taf. 10 und Wilson Portraits of diseases of the skin plate 32, (hier fälschlich M. simplex genannt).

Fragen wir nun nach den Gründen, welche die erwähnten neueren Autoren zu ihrem Vorgehen veranlasst haben mögen, so können diese nur zweierlei sein:

1. dass beide Formen sich anatomisch gleichen
2. dass sie beide contagiös sind.

Was die Anatomie des Bateman'schen Molluscum contagiosum anbelangt, se erkennt man unschwer in demselben erweiterte und in ihrem Balge verdickte Talgdrüsen mit epidermoidalem und fettigem Inhalte, also eigentlich kleine Atherome. Virchow betont auch ganz sachgemäss (l. c. pag. 146), dass eine ganze Reihe von Geschwülsten, die man sonst als Atheroma, Talgcysten, (sebaceous cysts), Cholesteatome, Retentionscysten, Sebumwarzen, unterschied, anatomisch identisch sind und nur durch ihre Grösse und ihren Sitz, ob sie im Grunde oder in einzelnen Acinis der Talgdrüse, oder im Ausführungsgange dieser und des Haarbalges zur Entwicklung gekommen sind, differiren. Im übrigen habe es keine Bedeutung, ob die Drüsenmündung offen und sichtbar oder verschlossen sei, da letzteres nur consecutiv eintritt. Und insofern

[1]) Archiv 33. Bd. pag. 147.

ist der von Jakobovich[1]) diesen Gebilden beigelegte Name Tubercula atheromatosa, oder der von Virchow[2]) aufgestellte Atheroma Molluscum vollkommen gerechtfertigt und gewiss auch für die Sache selber bezeichnend.

Das in Rede stehende pocken- oder warzenähnliche Gebilde jedoch, für welches ich behufs der leichteren Orientirung den Namen Molluscum verrucosum vorschlage, hat bezüglich seiner anatomischen Verhältnisse sehr verschiedene Deutungen erfahren. Und zwar bezieht sich die Verschiedenheit der Deutung beinahe auf jedes einzelne der vorfindlichen Verhältnisse und anatomischen Objecte.

Betrachten wir vor Allem selber die in Rede stehenden Molluscum-Warzen.

Hat man eine solche von mittlerer Grösse aus ihrem Neste gequetscht, so erkennt man sofort, dass sie einen zusammenhängenden Körper darstellt, der aus runden, glatten, weissen Läppchen zusammengesetzt ist, welche ihrerseits mit einem verschmächtigten Ende an einem kurzen, centralen Strange hängen. Man erkennt aber auch, dass die Läppchen von einer strammen (Bindegewebs-) Hülle umschlossen sind und dass nirgends das Austreten oder Zerbröckeln ihres Inhaltes möglich ist, wofern nicht vorher jene Umhüllungsmembranen gewaltsam zerrissen worden. Dieser Umstand ist von vielen Untersuchern übersehen oder ignorirt worden, muss aber um so mehr betont werden, als er für die Deutung des Gebildes beinahe entscheidend ist.

Gehen wir nun mit der Untersuchung schrittweise vor. Quetscht man das Ganze platt zwischen zwei Objectgläser, so erkennt man unter dem Mikroskope bei mässiger Vergrösserung noch deutlicher den lappigen Bau, sehr oft eine centrale, scharf contourirte Oeffnung mit kurzem Kanale und eine faserige Strutcur der allenthalben geschlossenen Umhüllungsmembran. Das Ganze sieht sich wie eine zierliche Rosette an.

Feine Längsschnitte stellen sich bei stärkerer Vergrösserung betrachtet in folgender Weise dar:

Ein jedes Läppchen ist an seiner convexen Peripherie begrenzt von einer zu äusserst ganz platt verlaufenden Bindegewebswand,

---

[1]) Du Molluscum. Paris 1840. pag. 3.

[2]) Dessen Archiv. 1865, pag. 146.

dessen Contour bis an den die centrale Oeffnung bildenden Kreisrand läuft. Von der inneren Fläche dieser Begrenzungsmembran gehen dickere und dünnere Fortsätze ab, welche ungleich weit ins Innere des Läppchens vordringen und dasselbe als unvollkommene Septa in mehrere Fächer abtheilen. In einer oder der anderen der Hauptscheidewände finden sich auch ein oder mehrere, oft sehr voluminöse Blutgefässe. Biesiadecki zeichnet sogar eine in Wucherung begriffene Stelle dieser Umhüllungswandung ab (l. c. Taf. III, Fig. 10 b). Diese und die im Folgenden noch zu beschreibenden Verhältnisse sind im Wesentlichen übereinstimmend von so vielen Autoren in Zeichnung vorgeführt worden, wie Baerensprung, Virchow, Biesiadecki, Lostorfer, C. Boeck, Lukomsky, dass ich es für überflüssig erachte, sie auch hier wieder abzubilden.

Im Innern der Läppchen sieht man eine äusserst zierliche Zeichnung, zusammengesetzt von einer zweifachen Serie von feinen Linien. Die Einen ziehen parallel zum convexen Lappencontour, die Anderen kreuzen diese radienförmig und nach dem Centrum der Läppchen convergirend. Gegen die Mitte des letzteren hin wird das Netz der Linien undeutlicher und ist in der centralen Partie selber gar nicht mehr vorhanden. Die erwähnten Linien sind der optische Ausdruck der Begrenzungen der einerseits parallel zur Convexität der Läppchen, anderseits in radialen Säulen aufgeschichteten epitheloiden Elemente, welche den wesentlichen Inhalt der Läppchen ausmachen.

An feinen Längsschnitten und bei entsprechend starker Vergrösserung stellen sich die Details des Läppchen-Inhaltes folgendermassen dar:

Zu äusserst, die innere Fläche der Läppchenwand auskleidend eine Reihe kernhaltiger Epithelialzellen. Diese sind in einzelnen Läppchen und unter noch zu besprechenden Umständen, den Retezellen vollständig analog, pallisadenartig auf ihre Stirne gestellt. In den meisten Läppchen dagegen erscheinen sie von mehr rhombischer Gestalt und analog den Enchymzellen der Talgdrüsen. Dieser Zellenreihe folgen noch zwei bis drei oder auch noch mehr ähnliche. Nur erscheinen innerhalb der letzteren nicht alle Zellen von normalem Ansehen. Ihr Protoplama ist nicht so deutlich kör-

nig und in vielen derselben findet man in der Nähe des Kernes oder rings um denselben eine durchsichtige, stark lichtbrechende Zone. Noch weiter nach dem Centrum der Läppchen vorrückend, werden die Zellenreihen und die einzelnen, wohlerhaltenen Zellen seltener. Man sieht anstatt dessen länglich runde, stark lichtbrechende, in ihren Dimensionen das 2—3fache normaler Drüsenzellen übertreffende Körper, welche mit ihrem breiteren, kolbigen Ende nach der Peripherie, mit dem schmächtigeren, ebenfalls abgerundeten Ende nach dem Centrum hin dicht aneinander gelagert sich präsentiren, nicht unähnlich der bekannten Figur der in ein Fässchen gepressten Feigen. Die schmalen Zwischenräume, welche diese glänzenden Körper übrig lassen, sind von anscheinend faseriger Structur. Diese letztere ist der Ausdruck der die glänzenden Körper von einander scheidenden verhornten Epidermishüllen. Gegen die Spitze der Läppchen, da wo ihr Zusammentreffen die Allen gemeinschaftliche centrale Höhle der Warze formirt, sind nur einzelne Formelemente der geschilderten Art, sonst noch amorphe Massen, Fettkrystalle, Epithelialtrümmer zu erkennen.

Im Grossen und Ganzen stimmen alle bisherigen Beschreibungen und Abbildungen des Warzen-Durchschnittes mit der gegebenen Schilderung überein. Alle heben zunächst den lappigen Bau der in Rede stehenden Molluscumwarzen hervor. Und was den Inhalt derselben, respective der einzelnen Läppchen anbelangt so geben auch alle an, dass derselbe vorwiegend epithelialer Natur sei.

Jene geschilderten, eigenthümlich mattglänzenden Körper, werden ebenfalls von Allen als stetiger Inhalt der genannten Gebilde angegeben. Nur über ihre naturgeschichtliche und nosologische Bedeutung divergiren die Ansichten ausserordentlich.

Ich will behufs der Vereinfachung der ganzen Angelegenheit von letzterem Punkte zunächst ganz absehen, da ich noch später denselben eingehend erörtern werde. Zunächst soll nur constatirt werden, dass alle Untersucher der Molluscumwarze einen lappigen Bau und einen epithelialen Inhalt zuerkennen,

Auch darin herrscht noch Uebereinstimmung, dass an Schnitten welche in situ gemacht worden sind, also die Warze sammt der sie bedeckenden und umgebenden Haut betreffen, über den War-

zenlappen die Epidermis, die Papillen und eine dünne Schichte des Corium hinziehen, ausgenommen der kleinen Delle, mit der die Geschwulst frei ausmündet.

Diese letzteren Verhältnisse nun in's Auge gefasst, müssen wir uns fragen:

Wie soll man sich die Entstehung und Constituirung einer Hautgeschwulst vorstellen, welche an der Oberfläche mit Epidermis, Papillen und einer dünnen Coriumschichte überkleidet ist, ferner einen exquisit lappigen Bau und Hohlräume besitzt, welche mit einem vorwiegend epitheloiden Inhalt erfüllt sind und an die Hautoberfläche frei münden?

Bei möglichst unbefangener Betrachtung wird man ohne weiters für die Entstehung der geschilderten Formation aus einer Talgdrüse plaidiren. Es stimmt ja jedes einzelne Moment für eine solche Auffassung. Ich brauche nicht erst wieder dieselbe zu motiviren. Es genügt auf die obige Beschreibung hinzuweisen.

In der That haben auch die meisten früheren Autoren, namentlich auch die Anatomen, in dem Sinne das Gebilde aufgefasst, so Rokitansky, Engel, Hebra, Zeissl, Rindfleisch, Biesiadecki.

Insoferne aber auch Bateman's Molluscum contagiosum eine Talgdrüsengeschwulst bedeutet, sind diese Autoren, und ich mit ihnen, ganz im Rechte, wenn wir auch diese Gebilde als M. contagiosum bezeichnen.

Dagegen haben einige neuere Untersucher, besonders Lostorfer, Retzius, Bizzorero und Manfredi, C. Boeck und Lukomsky für die Entstehung dieser lappigen Geschwülste eine andere Erklärung gegeben: Sie sagen und demonstriren, dass diese Gebilde nichts mit den Talgdrüsen und ihrer Erkrankung zu thun hätten. Sie gehen nach ihrer Meinung aus einer Wucherung der Retezellen hervor.

Ich könnte hier gleich einwenden, dass diejenigen, welche diese pockenähnlichen Warzen nicht für degenerirte Talgdrüsen ansehen, eigentlich gar nicht das Recht haben, sie als Molluscum contagiosum zu bezeichnen. Denn das originäre M. contagiosum Bateman ist, wie oben gezeigt wurde, sicher eine Talgdrüsen-Degeneration. Doch ist es zweckmässig, die Darstellung und Deu-

tung der anatomischen Verhältnisse, wie sie diese Autoren geben, etwas näher zu prüfen.

Zunächst sagen sie, es sei ja nicht nothwendig anzunehmen, dass eine, wie beschrieben, lappige, nach der Hautoberfläche frei mündende, epitheloide Elemente bergende Geschwulst aus einer Talgdrüse hervorgegangen sein müsse. Man könnte sich ihre Entstehung auch folgendermassen denken:

Irgend ein Reiz, z. B. der von einem „Molluscum-Körperchen“ veranlasste, bewirke an irgend einer Stelle des Rete eine Proliferation der Zellen. In dem Masse, als ihre Wucherung überhand nimmt, drängen sich die Papillen seitlich und nach der Basis buchtig aus und wölbt sich ihr Convolut gegen die Oberfläche. So entsteht eine allseitig lappig-buchtige Geschwulst von epitheloider Zusammensetzung und in ihrer Mitte, da, wo die Wucherung ihren Ausgang genommen, wo die Zapfen auf einander zublicken, bleibe ein Spatium zurück, das wie eine freie Ausmündung aussieht. Somit ähnle das Ganze einer ausgedehnten Talgdrüse mit hyperplastischem Inhalte, aber sie sei es nicht.

Man wird gestehen müssen, dass diese Erklärungsweise der factischen Verhältnisse ziemlich künstlich und gezwungen erscheint. Aber darum ist sie doch nicht nothwendig unrichtig. Wir müssen also die Gründe für diese Auffassung besehen.

Den scheinbar triftigsten Grund hat Lukomsky am besten betont und demonstrirt. Es heisst, dass die periphersten Zellen-Reihen der Läppchen zweifelsohne Retezellen sind, wie dies auch thatsächlich aus Fig. 2 bei Lukomsky zu entnehmen [1]), und so stelle sich das Ganze als ein Wucherungsprodukt der Retezellen heraus.

Der Erste, der diese Ansicht ausgesprochen, war Virchow. Dieser nennt deshalb auch das Gebilde im rein „wissenschaftlichen“ Sinne ein „hyperplastisches Epitheliom“, eine Bezeichnung, die praktisch schon deshalb bedenklich wäre, weil man ja allgemein unter Epitheliom ein destructives Gebilde, den Hautkrebs versteht. Doch dies nur nebenher bemerkt. Wesentlich ist für das Verhalten der nachfolgenden Schriftsteller, dass Virchow

---

[1]) Lukomsky. Ueber Molluscum contagiosum. Virch. Arch. 65. Bd. 1875, pag. 45. Taf. VII.

angibt, er habe sich nicht davon überzeugen können, dass die Talgdrüse den Ausgangspunkt für die in Rede stehende pathologische Formation abgeben. Vielmehr hält er die Haarfollikel für den Ausgangspunkt, mögen auch die Haare an der betreffenden Stelle wenig entwickelt sein. Die drüsig-lappige Zusammensetzung kommt offenbar von einer Hyperplasie der epidermoidalen Auskleidung der Follikel her.

Es ist nun vor allen hervorzuheben, dass Virchow die Follikel und ihre Epidermoidal-Auskleidung in den Mulluscum-Warzen wiederfindet. Keineswegs steht er aber dafür ein, dass dasselbe vom Rete Malpighii ausgehe, doch möge letzteres immerhin ähnlich wuchern können,

Ich stimme mit Virchow vollkommen in dieser Beziehung überein, glaube aber, dass wir dann Beide auch im Einvernehmen mit Denjenigen sind, welche die Molluscumwarzen als Talgdrüsen-Hyperplasie und Ektasie ansehen. Es handelt sich nämlich hier um die Erkrankung von Talgdrüsen und Haarfollikel der Lanugohaare. Viele Autoren heben mit Recht hervor, dass das Molluscum nur an mit Lanugo besetzten, niemals an behaarten Hautstellen vorkommen. Man vergleiche nur die Eingangs von mir angeführten Localisationsstellen der Molluscumwarzen. An solchen Stellen ist nun das anatomische Verhältniss der Talgdrüsen und Haarfollikel ein solches, dass letztere nur eine kleine, anhängselgleiche Ausbuchtung des Talgdrüsen-Ausführungsganges bilden. Die Talgdrüse selber ist hier das vorwiegende Gebilde, so dass man sagen muss, Follikel und Drüse haben einen gemeinschaftlichen Ausmündungskanal, oder fast eben so correct, die Talgdrüse mündet an den genannten Stellen frei an die Oberfläche.

Nun setzt sich das Rete als Auskleidung dieses gemeinschaftlichen Ausführungsganges auf eine Strecke in die Tiefe fort, gleichzeitig die äussere Wurzelscheide für ein etwa vorhandenes Lanugo-Haar bildend.

Alle genauen Beobachter geben an, dass das Molluscum unverkennbar um die Follikelmündung herum erscheint, so dass schon von vornherein dasselbe in der Mitte von der Follikelmündung central durchbohrt ist. Histologisch gesprochen sage ich nun: das Molluscum entsteht ursprünglich als eine Hyperplasie der Auskleidungsepithelien des gemeinschaftlichen Drüsen-Follikel-Aus-

führungskanales. Und es ist für dieses Stadium ganz gleich, ob man jetzt von einer Wucherung des Follikel- oder des Drüsenepithels spricht.

Man hat hier wesentlich dasselbe Verhältniss wie beim Comedo.

Jetzt erklärt es sich auch, wieso Lukomsky in seiner schönen Fig. 2 eine so correcte Reteschichte zeichnen konnte. Wenn das Molluscum als kleines, eben in Entwicklung begriffenes, die genannte, nahe zur Mündung liegende Region occupirt, muss man im Durchschnitte selbstverständlich noch schöne Retezellen als Grenzschichte erhalten.

Wie ich somit gezeigt zu haben glaube, ist die Anwesenheit von Retezellen unter diesen Verhältnissen kein genügender Grund dafür, dass Retzius, Bizzozero, Manfredi, Boeck und Lukomsky so weit über Virchow's Aussage hinausgegangen sind, um zu behaupten, das Molluscum habe mit den Drüsen und Follikeln nichts gemein; dasselbe stelle lediglich ein Wucherungsprodukt des Rete Malpighii vor. Denn man kann Retezellen vor sich haben und doch, wie schon Virchow demonstrirt hat, den Follikel.

Diese Autoren führen weiter als Grund für ihre Ansicht an, dass, wäre das Gebilde ein Produkt des Follikels, man zeitweilig ein Härchen darin finden müsste, das sei aber nicht der Fall,

Dagegen hat Virchow bereits geltend gemacht, dass allerdings, wie schon Henderson anführt, bisweilen ein Härchen zugegen ist. Ueberdies kann gerade das Lanugohärchen ausgefallen, oder im Degenerationsprocesse des Epithels mit entartet und unkenntlich sein.

Es ist aber vollends unklar, wie diese Autoren bei den grösseren Molluscumwarzen die Verhältnisse deuten wollten oder konnten, ohne die Betheiligung der Talgdrüsen anzuerkennen, sondern auch diese lediglich als Wucherung des Rete darstellen?

Wäre Letzteres richtig, dann müssten die Septa der Läppchen von Papillen gebildet werden. Solche finden sich aber nur an der Decke über der Geschwulst. Die Septa selber sind nicht Papillen, wie alle Untersucher constatiren. Retzius sucht dies dadurch zu erklären, da auch ihm der Mangel an Papillen imponirte, dass diese durch Druck atrophisirt und geschwunden sind. Man kann

sich aber eine Atrophie nicht gut vorstellen, die binnen der kurzen Zeit eintreten soll, die ein Molluscumknoten zu seiner Entwicklung braucht.

Endlich lassen diese Autoren den wesentlichsten Umstand ganz bei Seite, ich meine den deutlichen, bindegewebigen Begrenzungsbalg der Läppchen.

Hätten wir eine freie Epithelwucherung vor uns, so müsste diese als Ganzes, als eine schollige, hüllenlose Masse ausgequetscht werden können, etwa wie die Cancroidkugeln des Epithelioms. Allein hier verhält es sich ja Anders. Jedes einzelne Molluscum tritt auf geeigneten Druck als zusammenhängender, lappiger Körper zu Tage und jedes einzelne Läppchen ist von einer unverkennbaren Bindegewebskapsel umschlossen. Die unfehlbare Anwesenheit dieser Bindegewebskapsel allein entscheidet schon die ganze Frage. Diese Kapsel kann nichts anderes sein als der Drüsenbalg. Sie fehlt niemals und muss erst eingerissen werden, wenn der epitheloide Inhalt frei werden soll, abgesehen von dem spärlichen Quantum, das auch durch die Mündung ausgepresst werden kann. Diese Bindegewebshülle kann auch wuchernd sich verdicken (Biesiadecki, l. c. Fig. 10 b.) und — geht die Verflüssigung des Inhaltes gleichzeitig vor sich, — so hat man eben ein Atherom.

Die angeführten Momente stützen also nach jeder Richtung die Anschauung, dass die Molluscumwarzen Bildungen sind, welche durch Wucherung und — wie wir später noch sehen werden — Degeneration der Epithelzellen entstehen, Anfangs des gemeinschaftlichen Drüsen-Follikel-Ausführungsganges und im späteren Fortschreiten der Talgdrüsen-Acini.

Mit dieser Anschauung ist man auch vollkommen berechtigt, das Gebilde ein Molluscum sebaceum zu nennen (Hebra), oder M. contagiosum, weil Bateman's M. contagiosum ebenfalls eine Talgdrüsen-Geschwulst ist.

Mit ihrer, wie ich gezeigt habe, unbegründeten Ansicht, dass das in Rede stehende Gebilde mit den Follikeln oder Talgdrüsen nichts gemein habe, sondern genetisch nur dem oberflächlichen Rete angehöre, hätten jedoch Retzius, Lukomsky etc. demselben sogar die anatomische Basis für die Bezeichnung Molluscum contagiosum genommen, da das Bateman'sche M. contagiosum zweifellos eine Talgdrüsen-Entartung darstellt.

Es muss demnach für diese Autoren vorausgesetzt werden, dass die besprochenen Gebilde eine andere wesentliche Eigenschaft mit dem B.'schen Molluscum gemeinschaftlich haben, die der Contagiosität, und wir müssen uns demnach fragen, wie steht es mit der

Contagiosität

des Bateman'schen M. contagiosum und der beschriebenen Molluscumwarzen.

Es ist schon erwähnt worden, dass Bateman die von ihm beschriebenen und M. contagiosum genannten Gebilde für contagiös hielt. Der einzige Grund für diese Annahme lag für B. in der Beobachtung, dass bei mehreren mit einander in näherem und wiederholten Verkehr gestandenen Personen die Affection gleichzeitig oder bald hintereinander sich eingestellt hatte. Lange Zeit nach Bateman, vom Jahre 1840 angefangen, erschienen neue ähnliche Mittheilungen von Paterson, Henderson (die zugleich Fälle des Carswell und John Thomson aus den Jahren 1821 wiedergaben), Cotton, Caillault und vielen Anderen. Alle diese Angaben klangen analog. Ein Kind hatte M. contagiosum. ein anderes oder mehrere mit dem ersten in Verkehr stehende zeigten alsbald dieselbe Affection. Eine Mutter, welche ein solches mit M. behaftetes Kind säugte; ein Säugling, dessen Amme (Mutter) an der Brust Molluscum-Knoten hatte, alle ähnlich mit einander verkehrenden Personen theilten sich gegenseitig das Uebel mit. Die meisten Aerzte verhielten sich trotz dieser Mittheilungen oder selbst eigener analoger Erfahrungen höchst ungläubig gegen die Contagiosität des Uebels. Manche, wie Caillault, Hardy kamen durch solche Beobachtungen von ihrem früheren Zweifel zurück und erklärten nunmehr selber an die Contagiosität des M. contagiosum glauben zu müssen. Andere, wie Hebra, Wilson, Rokitansky, Simon, Baerensprung etc., obgleich sie selber ähnliche Erlebnisse in der Praxis hatten, erklärten an die Contagiosität des Uebels nicht glauben zu können.

Einen grossen Einfluss in dieser Richtung hatte die Bekehrung Virchow's, der von einem Zweifler ein Gläubiger der Contagiosität geworden war, nachdem er im Vereine mit Ebert gesehen hatte, dass ein Kind, welches mit einem molluscumkran-

ken Kinde gespielt hatte, ebenfalls Molluscum bekam[1]). Und so gehen denn die meisten jüngeren Publicationen ohneweiters von der angeblich „zweifellosen“ und „constatirten“ Thatsache aus, dass das M. contagiosum auch wirklich contagiös sei, ja, ein früherer Schriftsteller (Cotton) ist sogar so weit gegangen, das M. contagiosum nicht nur für ansteckend, sondern sogar für erblich zu halten und Virchow hat einer ähnlichen Anschauung wenigstens einen vermuthungsweisen Ausdruck geliehen, indem er die Disposition zum Befallenwerden von solchen Gebilden als eine Art Dyskrasie oder „Süchtig-“keit bespricht.

Ich selbst war in der Lage, ein solches Zusammentreffen von Molluscum- Erkrankung bei zweien Kindern meiner eigenen Familie beobachten zu können. Ein zweijähriger Knabe bekam im Jahre 1874 unmittelbar nach einem Bade und darauf eingetretenem starken Schweisse — er war während des Schlafes warm zugedeckt gewesen — ein Eczema papulosum über den ganzen Körper. Obgleich die entsprechende Behandlung trotz meiner damaligen Abwesenheit vom Hause von dem Tage der Erkrankung angefangen Platz gegriffen hatte, entwickelte sich dennoch das Eczem zu bedeutender Intensität und bestand mit grosser Hartnäckigkeit und häufigen Recidiven den ganzen Winter über. Erst gegen Mai 1875 war das Eczem vollständig geheilt und die Haut ganz rein, glatt und geschmeidig. Im Juni bemerkte ich einzelne Molluscumwarzen am Halse, an den Oberarmen, am Kinne und bis zum August hatte ihre Zahl bedeutend zugenommen. Da machte ich in zwei Sitzungen ihrer Entwicklung ein Ende, indem ich sie alle ausquetschte. Seither ist der Knabe frei geblieben. Er hat bis heute niemals mehr ein Molluscum dargeboten.

Gegen Weihnachten desselben Jahres entdeckte man bei dem um zwei Jahre älteren Geschwister — einem Mädchen — Molluscumwarzen. Ihre Zahl vermehrte sich in den darauffolgenden Wochen auf circa 80, die ich im Februar 1876 ausquetschte. Auch bei dem Mädchen hat sich das Uebel nicht wiederholt. Ein drittes, jüngstes Kind, das in derselben Wanne wie die anderen täglich gebadet worden war, ist von demselben ganz frei geblieben.

---

[1]) Vorgetragen in der Sitzung der Berl. med. Gesellschaft vom 21. Decemb. 1864. Mitgeth. in der Berl. klin. Wochenschr. 1865, Nr. 4.

Es dürften nicht viele so genau beobachtete Fälle bekannt geworden sein. Hier wie in allen analogen Fällen lag die Schlussfolgerung sehr nahe, dass das Uebel durch Ansteckung bei dem zweiten und dritten Individuum entstanden sei. Allein sehr erfahrene Aerzte, wie Hebra, Wilson und andere wiesen trotz ähnlicher Beobachtungen die Contagiosität zurück und ich selbst halte auch den Fall meiner eigenen Beobachtung nicht für beweisend.

Um die Contagiosität des Molluscum naturgeschichtlich festzustellen und zur allgemeinen Ueberzeugung zu bringen, müsste die künstliche experimentelle Uebertragung desselben constatirt, oder eventuell der specifische Charakter des muthmasslichen oder gar erwiesenen Contagiumträgers demonstrirt sein.

Es ist kein Mangel an nach diesen Richtungen gemachten Bestrebungen und Experimenten. Seit Henderson und Paterson haben fast alle Beobachter versucht, das Molluscum zur Haftung zu bringen. Man hat den Molluscum-Inhalt unzähligemale auf die verschiedenste Weise, durch Einreiben, Adaptation, epi- und subepidermidale Impfung, zur Haftung und Propagation zu bringen sich bemüht; man hat ein oder das andere mit Molluscum behaftete Kind durch Wochen mit anderen Kindern im selben Bette zu schlafen veranlasst: es ist niemals gelungen, das Molluscum zu übertragen; und vor wie nach musste der Glaube an die Contagiosität sich auf das einzige Factum des zufälligen Zusammentreffens von Molluscum-Erkrankung stützen.

Nur ein einziger Experimentator, G. Retzius, gibt an, dass es ihm gelungen sei, die Contagiosität des Molluscum auf's positivste durch die künstliche Uebertragung zu erweisen. Es ist darum für den Gegenstand von besonderem Belange dieses einzige, angeblich positive Impfungs-Resultat genauer zu prüfen.

Retzius erzählt[1]), dass er Mitte März 1869 sich den ausgedrückten Inhalt eines Molluscum etwa $1^1/_2$'' nach aussen von der linken Brustwarze eingerieben und über die Stelle ein Uhrglas mittelst Heftpflaster befestigt habe. „Nach zwei Monaten“, bemerkte er noch immer kein Resultat. Erst „im Verlaufe des Sommers“, nachdem das Uhrglas längst entfernt worden war, bemerkte er in der Gegend, wo die Einreibung vorgenommen worden war,

---

[1]) Deutsche Klinik 1871, 1872 l. c.

einen „Comedo“, welcher allmälig ein „dem M. eigenthümliches Aussehen“ annahm. In dem ausgedrückten Inhalte fand R. die charakteristischen Molluscumkörperchen. Die Warze war nur von der Grösse eines Stecknadelkopfes, zeigte „alle die Eigenthümlichkeiten, welche derartige Warzen auszeichnen“, wurde durch 3½ Monate beobachtet und wiederholt auf ihren Gehalt an Molluscumkörperchen untersucht, sie war im December noch immer nur „1½ stecknadelkopfgross“ und verschwand alsbald.

Ich glaube nicht, dass derjenige für einen befangenen oder auch nur zu scrupulösen Kritiker gelten müsste, welcher erklären wollte, dass er, insoweit es sich um die künstliche Reproduction des Molluscum handelt, von dem Resultate dieses Experimentes sich nicht vollständig befrideigt findet. Und ich muss gestehen, dass mir selber dieses Resultat bei Weitem nicht so eclatant erscheint, dass ich auf Grund desselben die Contagiosität des Molluscum als „positiv“ erwiesen ansehen müsste.

Mehr als drei Monate nach erfolgter Impfung ist nichts von Erfolg zu sehen. „Im Verlaufe des Sommers“ tritt an einer Stelle, die gar nicht genau mit der dazu designirten zusammenfällt, etwas auf, was Retzius selbst einen Comedo nennt. Nun hat R. ausdrücklich erklärt, dass das Molluscum mit dem Haarfollikel und der Talgdrüse nichts zu thun hat. Jetzt soll plötzlich ein Comedo, also Etwas, das sicher im gemeinschaftlichen Follikel-Gange liegt, ein Molluscum sein. Dann wird dieser Comedo nicht grösser als ein Stecknadelkopf, aber dennoch soll dieses winzige Knötchen alle Eigenthümlichkeiten zeigen, die sonst das Molluscum — und sagen wir gleich hier — nur die grösseren auszeichnen. Endlich ist dieser vermeintliche Molluscumknoten vereinzelt geblieben und hat sich nicht vermehrt.

Mehrere spätere Versuche mit Einreiben, epi- und subepidermoidaler Einimpfung an sich und bei drei Kindern, alle sind ebenfalls resultatlos geblieben.

Da ist es doch gestattet zu sagen, dass, insoweit es sich um die klinisch constatirbare Ueberimpfung und Reproduction des Molluscum handelt, das vorliegende Impf-Resultat auch von Retzius gleich Null, oder wenigstens für die Ansprüche einer gewissenhaften Experimental-Pathologie nicht zureichend ist.

Ich bin überzeugt, dass auch der Experimentator selber, Retzius, dieser Ansicht zustimmen würde, wenn er nicht in der Lage wäre, den Beweis, dass ihm die Uebertragung des Molluscum „positiv" gelungen sei, noch auf ein anderes Moment zu stützen, nämlich auf den Befund von Molluscumkörperchen in dem Inhalte des besprochenen Comedo, welche Molluscumkörperchen quasi selbstverständlich eben für Molluscum contagiosum von specifischer Bedeutung sein sollen.

Die Entscheidung der ganzen Frage ruht also nach dem bisher zurückgelegten Wege einzig und allein in der Bedeutung dieser Molluscumkörperchen. Ich will also zum Schlusse diese letzteren näher beleuchten.

Ich habe schon früher erwähnt, dass bei der mikroskopischen Untersuchung im Inhalte der das Molluscum zusammensetzenden Läppchen neben den unzweifelhaft epidermoidalen Elementen eigenthümlich glänzende Körper sich bemerkbar machen. Sie erscheinen in der dritten bis vierten peripheren Epidermisreihe der Läppchen vereinzelt und klein kugelig, und von da nach dem Läppchen-Centrum hin in zunehmender Zahl und Grösse, so dass sie hier dicht an einander gepackt, theils unmittelbar an einander gelagert, theils durch einen schmalen, faserigen Zwischenstreifen getrennt, die Hauptmasse des Molluscuminhaltes darstellen.

Diese Körperchen sind es, welche in den Publicationen der letzten Jahre unter dem Namen „Molluscumkörperchen" angeführt erscheinen, mit welcher Benennung theils stillschweigend, theils ausdrücklich der Begriff verbunden wird, als wenn diese Körperchen ausschliesslich dem Molluscum contagiosum angehörten und demnach für letzteres charakteristisch wären.

Henderson und Paterson haben zuerst diese Körperchen im Inhalte von Molluscum angegeben. Ersterer als „globular cells", Letzterer als „peculiar globes". Da diese Autoren in denselben etwas Fremdartiges und Eigenthümliches gefunden zu haben glaubten und von der Contagiosität des Molluscum überzeugt waren, so lag es für sie nahe auch die Vermuthung auszusprechen, dass jene peculiar globes auch die Träger der Ansteckung seien. Man hat nun seither zu widerholtenmalen durch genaue Untersuchungen die Natur dieser Molluscumkörper zu determiniren versucht und es sind hiebei zweierlei Resultate gewonnen worden.

Ein Theil der Contagionisten hat eo ipso in den Körperchen die Träger der Ansteckung gesucht und ist daher geneigt, dieselben als etwas vom menschlichen Organismus ganz Fremdartiges (Klebs), als „selbständige Bildungen“, die mit der Epidermis keinerlei organische Beziehung haben (Retzius), als Kryptogame (Hardy), pilzsporenähnliche Bildungen (Retzius) anzusehen.

Ich will nur gleich an dieser Stelle bemerken, dass diese Art der Auffassung nicht etwa auf positiven Nachweisen besonderer naturgeschichtlicher Eigenschaften gewonnen wurde, sondern auf dem Wege der Exclusion, weil man nämlich diese Gebilde nicht mit Fett, und nicht mit Epidermisprodukten und Aehnlichem identificiren zu können glaubte.

Ein anderer Theil der Contagionisten (Virchow, Boeck, Bizzozero, Manfredi,) sieht in den Molluscumkörperchen mehr oder weniger deutlich ausgesprochen Umwandlungs- oder Degenerationsprodukte der Epidermiszellen, hält sie aber dennoch für die Träger und Vermittler der Contagion.

Ein einziger Untersucher, Lukomsky, leitet die Molluscumkörperchen von einer Verwandlung sogenannter Wanderzellen her, welche aus dem Corium in die Reteschichte gelangt sein sollen. Da v. Biesiadecki, Pagenstecher und Andere solche Wanderzellen zu Epidermis werden lassen, so käme also wesentlich Lukomsky's Ansicht mit der früher erwähnten überein, nach welcher die M.-Körper aus Epidermis hervorgehen.

Von den Anti-Contagionisten hat meines Wissens Niemand die besagten Körperchen näher zu beleuchten versucht, begreiflicher Weise, da sie ja eo ipso in dem Molluscum contagiosum und seinem Inhalte nichts Ansteckendes, sondern sammt und sonders ein Degenerations-Gebilde der Talgdrüse und des Haarfollikels und deren Inhaltes sehen. Dass Baerensprung schon in seinen „Beiträgen zur Anatomie und Pathologie der menschlichen Haut (1848)“ Taf. II Fig. 19, die Körper correct abgebildet und gut gedeutet hat, sei schon hier erwähnt. Doch hat B. das Materiale dazu nicht einem Molluscum, sondern einem Atherom entnommen — ein Umstand, der noch später zur Geltung gebracht werden wird.

Ich will nun zur Erörterung dieser Molluscumkörperchen schreiten.

Bringt man ein Partikelchen des Molluscuminhaltes in etwas Wasser vertheilt unter das Mikroskop, so sieht man stellenweise mehrere glänzende Molluscumkörper noch in ihrer ursprünglichen Aneinanderlagerung. Nach einer Weile fallen sie auseinander. Man erkennt nun, dass die schmalen Faserzüge, welche zwischen die einzelnen M.-Körper eingeschaltet waren, plattgedrückte, verhornte, meist kernlose, oder einen kleinen, glanzlosen, an die Wand gedrückten Kern tragende Epidermiszellen vorstellen.

Die losgelösten M.-Körperchen stellen sich als länglich runde, manchmal, offenbar durch die ursprüngliche Anlagerung nachbarlicher Körper, seitlich eingedrückte, mattglänzende, anscheinend homogene, glatte Körper dar, von dem zwei- bis dreifachen Durchmesser der Talgdrüsenzellen. Sie sind vollkommen durchsichtig, so dass man sich ganz gut davon überzeugen kann, dass in ihrem Inneren weder Körnchen noch Kerne enthalten sind. Viele zeigen an ihrer Oberfläche eine sternförmige, zackig-lineale Zeichnung, ähnlich den von einem Centrum ausgehenden Sprüngen einer Glasscheibe. Manche haben diese Linien als Ausdruck von Faltung angesehen. Ich glaube, dass sie Zerklüftungsspalten sind.

Man hat diese Körperchen mit aufgequollenen Amylumkörnern, mit Fettkugeln verglichen. Sie verhalten sich chemisch weder wie Amylum noch wie Fett. Von Jodtinctur werden sie mässig gelbbraun bis braun gefärbt, aber nach Zusatz von Schwefelsäure nicht weiter verändert. Durch Schwefeläther werden sie nicht alterirt. Salpetersäure färbt sie deutlich gelbgrün. Auch durch Carmin werden sie mässig imbibirt. Eigenthümlich ist, dass sie von Wasser allein, von schwachen Säuren, aber am meisten von schwacher Kalilösung aufquellen. Unter dem Einflusse des letzteren bläht sich ein früher ruhig gewesenes Körperchen sehr rasch auf, wird kugelig, wälzt sich um die eigene Achse und rollt sehr lebhaft umher, dann hält es an und, als hätte die Aufquellung das Maximum erreicht, bleibt es plötzlich, wie zerplatzend, auf dem Objectträger sitzen.

Kein einziger Beobachter schreibt diesen Körperchen Eigenschaften zu, welche auf die Fähigkeit zu proliferiren zu schliessen erlauben würde. Sie machen den Eindruck der Degenerations- wie Colloid- oder Amyloid-Zellen.

Ueber die Provenienz dieser Körperchen kann man sich sowohl durch das Studium feiner Schnitte der Molluscumwarze, aber noch besser durch die Untersuchung der isolirten Elemente bei einer 3—400fachen Vergrösserung auf's genaueste belehren.

Man findet da und dort zwischen den unter dem Deckgläschen umherschwimmenden Elementen ein, wie beschrieben, glänzendes Molluscumkörperchen, welches statt wie die meisten einen einfachen Contour zu zeigen, doppelt contourirt ist. Der äussere Contour liegt knapp dem inneren an. Nach beiden Polen jedoch des ovoiden Körperchens läuft der äussere Contour, sich von dem Inneren entfernend, in einen spitzen Zipfel aus. In dem an beiden Polen somit erzeugten Dreiecke ist keine Spur jenes glänzenden Inhaltes zu sehen. Es ist unverkennbar, dass das glänzende Molluscumkörperchen den ganzen Hohlraum einer enorm vergrösserten Epidermiszelle ausfüllt, mit Ausnahme eben der beiden Spitzen-Dreiecke; kurz, dass das Molluscumkörperchen in einer Epidermiszelle steckt und von dieser vollständig und allseitig umhüllt wird, ohne aber selbe ganz auszufüllen. Noch überzeugender ist der Anblick, den man erhält, wenn man durch Zusatz von Wasser oder schwacher Kalilösung veranlasst, dass eine solche Zelle sich unter dem beobachtenden Auge oftmals um die eigene Achse dreht. Man kann das Ding von allen Seiten besehen. Und wenn man beim ersten Anblick versucht wäre, das glänzende Körperchen für den fettig oder colloid entarteten Kern der Zelle anzusprechen, so wird man dabei eines Besseren belehrt. Denn man sieht nicht selten den Kern, allerdings etwas geschrumpft und weniger als de norma lichtbrechend, zwischen Molluscumkörper und Zellenwand an letztere angedrängt.

Man achte nun auf die weiteren Vorkommnisse. Es präsentirt sich eine Epidermiszelle, die zur einer Hälfte ganz leer erscheint. Die andere Hälfte ist von dem stark lichtbrechendeu Molluscumkörper erfüllt, der aber mit seinem grösseren Theile aus der Epidermiszelle nackt, hüllenlos, also mit einfachem Contour hinausragt, während der in der Zelle geborgene Theil einen doppelten Contour aufweist. Bei einem glücklichen Zufalle oder nach Fixirung eines solchen Objectes, bei mässigem Drucke auf das Deckglas gelingt es nun, das glänzende und feste Molluscumkörperchen aus der Epidermiszelle mit einem Rucke herausschlüpfen zu sehen.

Die Epidermiszelle bleibt dann leer zurück, mit dem deutlichen dreieckigen Riss auf der einen, dem zipfelförmigen geschlossenen Ende auf der anderen Seite. Sie sieht dann aus wie eine Zipfelmütze. An ihrer Wand klebt von innen der atrophische Kern. — Man sieht auch viele freie Molluscumkörper sehr oft unmittelbar neben solchen klaffenden, zipfelmützenähnlichen Epidermiszellen.

Es ist demnach für Jeden, der diese Untersuchungen gemacht hat, klar, dass die Molluscumkörper ursprünglich in der Epidermiszelle liegen und von dieser vollständig umschlossen werden, und dass sie erst durch mechanische Momente, Druck oder Bersten der Epidermishülle aus ihnen austreten.

Dass sie nicht den gequollenen Kern der Epidermiszelle darstellen, ist schon gesagt worden, da man ja den geschrumpften Kern sehr oft zwischen ihnen und der Epidermiszellenwand, oft auch an einem ausgetretenen Molluscumkörper haften sieht.

Die Molluscumkörper stellen sich demnach als ein Umwandlungsprodukt des ganzen Protoplasmas der Epidermiszellen heraus.

Schon Baerensprung hat dieselben als eiweissartige Imbibitionsmasse der Epidermiszellen erklärt. Und Virchow sagt, er halte sie „für eine besondere Art der Degeneration epidermoidaler Elemente“ (l. c. pag. 152).

Auf welche Weise nun diese Körperchen aus den Zellen sich herausbilden, das kann man auf Durchschnittspräparaten von ganzen Molluscumläppchen ganz gut entnehmen, wie dies besonders Bizzozero und Manfredi und auch Caesar Boeck eingehend auseinandergesetzt haben.

Man sieht da zu äusserst zwei bis drei Reihen normaler Retezellen, (wenn man im Bereiche des gemeinschaftlichen Ausführungsganges der Drüse geschnitten hat), oder mehr rhombischer Epidermiszellen (wenn im Bereiche der Drüsenläppchen). Dann kommen Schichten mit einzelnen Zellen, welche um den normal aussehenden Kern herum eine glänzende Zone zeigen. In den folgenden Schichten bieten mehr Zellen diese Zone dar und diese selbst erscheint breiter, ein Drittel, die Hälfte und darüber der Zelle erfüllend. In demselben Masse als diese glänzende Zone umfangreicher wird, erscheint der Kern der Zellen kleiner, mehr trocken, mit Carmin schlecht imbibirbar und gegen die Zellenwand gedrückt, während in demselben Verhältnisse, als die Bildung des

glänzenden Inhaltes zunimmt, die körnige Beschaffenheit des Protoplasma-Restes in der Zelle sich verliert, der letztere blass und homogen wird. Endlich, gegen die Mitte des Läppchens hin, sieht man die glänzenden Körper die meisten Zellen gänzlich ausfüllen.

Es ist also heut zu Tage sowohl an den isolirten Elementen als an Durchschnitten der Läppchen das erwiesen, was Virchow nachzuweisen noch nicht gelungen war, obgleich er ebenfalls die Molluscumkörper als Degenerationsprodukte der Epidermiszellen erklärt hat, nämlich der genetische Zusammenhang zwischen diesen und den Molluscumkörperchen.

Unterstützt wird noch dieser Nachweis durch das Factum, dass sich diese Körper trotz ihrer gewiss eigenthümlichen Beschaffenheit im Grossen und Ganzen noch mehr wie Eiweiss, wenn auch ein irgendwie umgesetztes verhalten, denn wie Fett, Amylum oder irgend ein anderer Körper. Denn sie quellen in schwachen Säuren und Alkalien auf und färben sich mit Salpetersäure deutlich gelb.

Gegenüber diesem positiven Nachweise, dass die Molluscumkörper die degenerirte Substanz der Epidermiszellen selbst darstellen und aus der verhornten Epidermishülle mechanisch hervortreten, gegenüber diesem Nachweise steht nun die Meinung von Klebs, dass die Molluscumkörperchen für „dem Körper fremde Bildungen“ gehalten werden müssen und die von Retzius, dass sie mit den Epidermiszellen absolut nichts zu thun und „selbstständige Bildungen“ darstellen, ohne dass diese Autoren auch nur das geringste Positive über dieselben auszusagen vermochten.

Ich glaube, dass es nicht schwer fallen wird, zwischen dem oben ausgeführten Nachweise und diesen zuletzt angeführten Meinungen zu wählen.

Ich muss nun zu dem Versuche von Retzius zurückkehren. Diesem Autor ist also angeblich die künstliche Uebertragung des Molluscum und der Nachweis von dessen Contagiosität auf's positivste gelungen.

Ich habe schon gezeigt, dass das klinische Resultat des Experimentes nicht beweisend ist. Denn Retzius hat nach sehr langer Frist einen einzigen „Comedo“ erhalten.

Nun führt R. einen zweiten Beweisgrund an. Er hat nämlich im Inhalte dieses „Comedo“ Molluscumkörperchen gefunden.

Obgleich ich und Andere, wie gezeigt worden, in der Deutung der Molluscumkörper von R. vollständig abweichen, so wäre sein zweites Beweismoment doch von grossem, ja entscheidendem Belange unter der einen, aber nothwendigen Voraussetzung, dass die Molluscumkörper einzig und allein beim Molluscum vorkommen und daher für dieses charakteristisch sind.

Ich muss aber erklären, dass Letzteres nicht der Fall ist. Ich habe sie sehr häufig gesehen im Inhalte alter, eingedickter Comedonen und jedesmal im Inhalte von Balggeschwülsten, die eine verdickte, ausschälbare Wandung besassen. Ich bin auch nicht der Erste, der dies angibt. Baerensprung's ganz zutreffende und auch von Virchow als mit den seinigen identisch ausdrücklich anerkannte Zeichnung von Molluscumkörperchen (Baerensprung: Beiträge etc. Leipzig 1848, Taf. II Fig. 19, dazu Text pag. 95) betrifft Elemente, die er dem Inhalte eines Atherom entnommen. Bizzozero hat seine eingehenden Studien über Molluscumkörperchen an solchen gemacht, die offenbar auch nicht einer Molluscumwarze, sondern einer Balggeschwulst entnommen waren. Denn B. erzählt, dass der Balg gespalten werden musste und dass der Inhalt seines „Molluscum" flüssig war, während Retzius dem Molluscum einen „mehr festen" Inhalt zuschreibt, also immerfort von Molluscumwarzen handelt. Und endlich hat schon Virchow selber erklärt, dass nicht nur die Molluscumkörper degenerirte Epidermiszellen sind, sondern auch, dass sie nicht dem Molluscum allein zukommen, dass sie vielmehr sich „überall dort finden, wo epidermoidale Anhäufungen von wuchernder Art längere Zeit liegen bleiben, in Cancroiden, in den „Follikeln" des Nagelbettes.

Ich muss nun hier darauf aufmerksam machen, dass Retzius. indem er von M. contagiosum spricht, immer nur die pockenähnlichen Bildungen mit „mehr festem" Inhalte meint.

Da also nach dem oben Gesagten nicht nur ich, sondern auch Andere die Molluscumkörper in Comedonen, in Cancroiden, in Atheromen, in Epidermisschwielen gefunden haben, so sind sie weder für M. contagiosum überhaupt, noch für das M. contagiosum Retzius und der neuesten Autoren specifisch.

Wenn also Retzius demonstrirt, sein „Comedo" sei ein M. contagiosum gewesen, weil darin M.-Körperchen waren, und aus demselben Grunde sei die Uebertragbarkeit „positiv" erwiesen, so

fehlt dem jede Begründung. Denn M.-Körperchen kommen eben auch in spontan entstandenen Comedonen, Atheromen etc. vor.

Es ist nach alledem ganz überflüssig noch zu bemerken, dass es allen Anschauungen über organische Vorgänge widerstreiten würde, wenn ein Körper, der aus einer Degeneration des Epidermis-Protoplasma hervorgeht und nach Angabe aller Autoren, auch der Contagionisten, nicht die geringsten Anzeichen von organischer Reproductionsfähigkeit, Proliferation, Sprossung etc. aufweist, der mit Pilzsporen nichts gemein hat, wenn ein solcher eine Potenz der Contagion darstellen sollte.

Die vorausgeschickten, den Gegenstand nach den verschiedensten Richtungen beleuchtenden Erörterungen führen mich zu folgenden Schlüssen:

1. Die Contagiosität des sogenannten Molluscum contagiosum ist bis jetzt nicht erwiesen und nach meiner Ansicht auch thatsächlich nicht vorhanden. Es wäre also der Name M. contagiosum aus der Terminologie zu streichen.

2. Das sogenannte M. contagiosum Bateman und das (pokkenähnliche) M. contagiosum der neueren Autoren sind beide anatomisch gleichwerthig und gehören beide den Talgdrüsen an, u. z. das Bateman'sche vorwiegend dem Talgdrüsenkörper, das pokkenähnliche Anfangs dem gemeinschaftlichen Ausführungsgange der Talgdrüse und des Lanugo-Haarfollikels und in weiterer Entwicklung gleichfalls den Talgdrüsen-Acinis.

3. Aus dem letzt angeführten Grunde sind beide Arten von Gebilden unter dem schon von Hebra adoptirten Namen Molluscum sebaceum zu führen.

4. Obgleich beide Arten oft mit einander gemischt vorkommen, so präsentiren sich doch auch oft beide vorwiegend oder ausschliesslich nach ihrer besonderen klinischen Form und ich schlage daher vor, zum Behufe der leichteren gegenseitigen Verständigung fortan

a) das Bateman'sche, den Balggeschwülsten, Atheromen, sebaceous cysts etc. entsprechende als Molluscum atheromatosum,

b) das pocken- oder warzenähnliche als Molluscum verrucosum zu benennen.

Ein Fall von Erythema multiforme universale.

Von

Dr. Gustav Behrend

in Berlin.

Die Localisation des Erythema multiforme am Hand- und Fussrücken ist eine so constante, dass Hebra sie zu den charakteristischen Merkmalen dieser Affection rechnet. In den bei weiten häufigsten Fällen findet sie sich in der That auf diese Orte beschränkt, indes gibt es Fälle genug, in denen sie sich auf den Vorder- und Oberarm sowie auf den Unter- und Oberschenkel ausbreitet, während das gleichzeitige Vorkommen der Eruption an den übrigen Körpertheilen zu den Seltenheiten gehört, und am seltensten eine Betheiligung des Gesichtes beobachtet wird. In einem von mir zu beschreibenden Falle handelte es sich um ein über den ganzen Körper verbreitetes Erythem, welches sich durch seinen schnellen Verlauf sowie durch die Betheiligung der sichtbaren Schleimhäute an dem Krankheitsprocesse auszeichnete, und bei welchem im Gegensatze zu den Beobachtungen Hebra's die Efflorescenzen zuerst im Gesichte und erst weiterhin an den Handrücken auftraten.

Louise D., 25 Jahre alt, bisher stets gesund, hatte zweimal ausgetragene, gesunde Kinder geboren, zuerst am 10. März 1874, sodann am 16. März 1876; das erste Kind war im Alter von 4 Monaten an Krämpfen gestorben, das zweite, welches sich ausserhalb in Pflege befand, ebenfalls 4 Monate alt, an einer der Mutter unbekannten Krankheit.

Am 30. März wurde sie von einer mir bekannten Familie als Amme gemiethet und bei der zuvor von mir angestellten Untersuchung

24*

gesund befunden, namentlich war nirgends eine Anschwellung der dem Gefühl zugänglichen Lymphdrüsen zu constatiren, an der Scheide keinerlei krankhafte Veränderungen, nur ein dem Termin der Entbindung angemessener lochialer Ausfluss. Ihre Brustwarzen waren gut entwickelt und gesund.

Das Kind, welches sie zu nähren hatte, einige Tage alt, war ebenfalls in jeder Beziehung gesund, übrigens mit einem sehr reichlichen Panniculus adiposus ausgestattet und kräftig entwickelt.

Im Mai traten an den Brustwarzen der Amme kleine Erosionen auf, gegen welche ich eine Emulsion von Perubalsam verordnete. Ein selteneres Anlegen des Kindes war trotz meiner Anweisung nicht zu erreichen, und so zeigten sich nach etwa 4 Wochen beide Brustwarzen von tiefen Rhagaden besetzt. Da die abermals verordnete Emulsion von Perubalsam nicht den gewünschten schnellen Erfolg hatte, wurden die Brustwarzen ohne mein Wissen mit allerlei irritirenden Substanzen, namentlich mit Hamburger Pflaster tractirt, und das Kind trotz meines Verbotes weiter genährt.

Als ich die Patientin am 29. Juli wieder sah, gestattete der Zustand der Warzen das Nähren nicht mehr; sie hatten den Umfang kleiner Wallnüsse erreicht, waren von tiefen Rissen durchsetzt, hart, und bei der Berührung sehr schmerzhaft; die Drüsen des Warzenhofes traten als kleine stecknadelkopfgrosse Geschwülstchen hervor und waren zum Theil durch die reizenden Verbände ulcerirt. Es wurden zunächst Bleiwasserüberschläge verordnet.

Am Nachmittage desselben Tages hatte die Patientin ein vereinzeltes geröthetes Knötchen am Nasenrücken bemerkt, welchem in der nächsten Nacht unter Fiebererscheinungen, Frösteln und Hitze, sowie Schmerzen in den Gelenken, eine Eruption über das ganze Gesicht folgte, und zu welcher sich im Laufe des 30. Juli ein gleicher Ausschlag an den Vorderarmen und Händen hinzugesellte.

Am 31. Juli sah ich die Patientin wieder. Ich fand das Gesicht bedeckt mit einer grossen Anzahl dicht bei einander stehender, hanfkorn- bis bohnengrosser, convexer Papeln von bräunlichrother Farbe. Sie waren deutlich isolirt, von mattrothen Höfen umgeben, durch deren Confluiren eine schwache, anscheinend diffuse Röthe erzeugt wurde. Dabei war das Gesicht etwas turgescirend, so dass auf den ersten Blick eine Aehnlichkeit mit einem hervorbrechenden Variola-Exanthem vorhanden zu sein schien. Das Exanthem localisirte sich an der Stirn

hauptsächlich an den Tubera frontis, die Mittellinie in der Breite eines Fingers frei lassend, am Nasenrücken, an den Wangen, sowie an der Ober- und Unterlippe, während die Seitenwände der Nase, die Augenlider, das Kinn, die Schläfengegenden, die Ohrmuscheln und der behaarte Kopf gänzlich frei waren. Spärlicher war die Eruption im Nacken, wo die Knötchen an der Grenze der Haare am dichtesten standen. Dichter noch als im Gesichte waren sie an beiden Handrücken, namentlich an der dem Radius zugewandten Hälfte derselben, sowie an der Dorsalfläche der Finger, so dass sie hier mit einem unregelmässigen Steinpflaster Aehnlichkeit boten, während sie an der Ulnarseite zerstreut standen. In gleicher Weise waren auch die Streckseiten der Vorderarme bis hinauf zum Olecranon befallen, wo die Efflorescenzen zu Gruppen zusammengedrängt nur kleine Inseln normaler Haut zwischen sich liessen. Die Handflächen, wie die Fusssohlen waren von dem Exanthem gänzlich frei, die Beugeseiten der Vorderarme nur von einzelnen Papeln besetzt. An den übrigen Theilen des Körpers, am Rumpf, an den Oberarmen, sowie den unteren Extremitäten zeigten sich nur vereinzelte Efflorescenzen, namentlich waren auch beide Fussrücken nur spärlich mit Papeln bedeckt.

Die Farbe der Papeln am Rumpfe und den Extremitäten war im Gegensatz zu der des Ausschlages im Gesicht ein helleres Roth, an den Vorderarmen und Handrücken eine exquisite Scharlachfarbe. Hier war die Form der Efflorescenzen nicht selten eine pyramidale und nur auf der Spitze einer einzigen liess sich ein miliares Bläschen erkennen, welches sehr bald zu einem kleinen Schörfchen eintrocknete.

Ein besonderes Bild boten beide Unterschenkel dar. Sie waren in geringem Grade ödematös angeschwollen und zwischen den zerstreuten papulösen Efflorescenzen zeigten sich einmal einzelne zinnoberrothe auf Fingerdruck vorübergehend erblassende Flecke, wie sie bei hochgradiger venöser Stauung beobachtet werden, von der Grösse eines 20 Pfennigstückes, sodann durchschnittlich eben so grosse, bläulich gefärbte, an der Peripherie verschwommene, nur wenig über die Oberfläche hervorragende Flecke, die auf Fingerdruck nicht erblassten, an den Capitulis fibulae beiderseits fanden sich gleich beschaffene Stellen von der Grösse eines Fünfmarkstückes.

An der Schleimhaut der Wangen endlich, sowie an der gerötheten Schleimhaut des weichen Gaumens zeigten sich kleine schar-

lachrothe papulöse Erhabenheiten von Stecknadelkopfgrösse, ebenso an der Innenfläche der grossen Labien in mässiger Anzahl.

Am 1. August waren die Knötchen im Gesicht bereits flacher geworden, hatten ein dunkleres Colorit angenommen, und schon am folgenden Tage confluirten sie zu grossen scharf begrenzten, deutlich über die Hautoberfläche hervorragenden lividen Plaques von unregelmässiger Configuration, zwischen denen kleine Inseln normaler Haut sichtbar waren. Inmitten dieser grossen Plaques zeigten sich bereits am folgenden Tage einzelne Stellen eingesunken und blasser als die Umgebung, diese nahmen an Ausdehnung allmälich zu, so dass am 6. August das Gesicht wieder vollkommen frei war und nur noch eine ganz schwache Pigmentirung an den abgelaufenen Process erinnerte. Eine irgendwie beachtenswerthe Desquamation war nicht eingetreten.

Dieselbe Metamorphose machten auch die Efflorescenzen am Stamme sowie an den Vorderarmen und Handrücken durch, indem die Scharlachfarbe zunächst dunkler wurde, sodann in ein Blauroth sich verwandelte, und unter fortschreitender Abflachung der einzelnen Knötchen ein Confluiren derselben zu Stande kam, so dass sie namentlich an den Fingern das Aussehen von Frostbeulen boten und schliesslich unter allmälicher Resorption des Exsudates schwanden. Diese Veränderungen traten aber nicht gleichzeitig mit denen im Gesichte ein, sondern vielmehr um so viel später, als der Process hier später begonnen hatte, und es liessen sich die letzten Reste der Krankheit am Rumpf und an den Extremitäten noch erkennen, nachdem das Gesicht schon vollkommen frei war.

Die Knötchen an der Mundschleimhaut schwanden gleichzeitig mit denen im Gesicht, während sie an der Innenfläche der Labien ulcerirten, kleine linsenförmige Geschwürchen mit hellrothem Rande und gelblichgrauem Grunde bildeten und zu einer copiösen serös-purulenten Absonderung der Scheide Veranlassung gaben. Sie heilten übrigens bald unter Anwendung von Bleiwasserüberschlägen und nach ihrem Verschwinden hörte auch der Fluor auf.

Die an den Unterschenkeln erwähnten lividen Stellen verschwanden ebenfalls und zwar später als alle übrigen Erscheinungen, indem sie die Metamorphose durchmachten, wie sie bei Sugillationen beobachtet wird.

Am 8. August war der ganze Process abgelaufen, die Haut hatte bis auf ganz schwache Pigmentreste ihre normale Beschaffenheit wieder

erlangt, abnorm sensible Erscheinungen irgend welcher Art hatten sich weder während der Eruption noch während des Verlaufes bemerkbar gemacht, ebensowenig waren Drüsenschwellungen oder Defluvium capillitii zu bemerken gewesen. An den inneren Organen, namentlich den Nieren und dem Herzen, waren keine Krankheitserscheinungen nachzuweisen. Die Behandlung war eine rein exspectative.

Es handelte sich hier also um ein Erythema multiforme universale in Verbindung mit einem Erythema nodosum der Unterschenkel, eine Combination, welche an sich nichts Auffallendes bietet, da beide Affectionen nicht allein häufiger an demselben Individuum vereinigt angetroffen werden, sondern auch ihrem Wesen nach als zusammengehörig betrachtet werden müssen. Wichtiger jedoch scheint es mir zu sein darauf hinzuweisen, dass in diesem Falle das erste Auftreten der Eruption im Gesichte stattfand, was nicht allein durch die Angabe der Patientin, sondern auch durch den Verlauf der Efflorescenzen, durch die Reihenfolge, in welcher die Involution stattfand, sicher gestellt ist.

Auf die Mitleidenschaft der Schleimhäute besonders der Mundschleimhaut, wie ich sie beobachtet habe, ist bereits von Lipp[1]) hingewiesen worden; ja in einem seiner Fälle, in welchem durch Vernachlässigung des Hautleidens Ulcerationen aufgetreten waren, „fanden sich an der Schleimhaut der Mundhöhle, an Wangen und Zunge schwach erhabene, grau oder geblich belegte Erosionen; der weiche Gaumen und die Bindehaut der Augen sowie die Haut der Augenlider waren injicirt", während in zwei anderen Fällen die Tonsillen und die Gaumenbögen geröthet erschienen.

Dass die Mundschleimhaut sich bei Exsudationsprocessen an der Haut des Gesichtes betheiligt, ist übrigens bei der Variola eine allgemein bekannte Thatsache, aber auch bei anderen Affectionen wie beim Zoster faciei ist sie schon von älteren Autoren, von Rayer, Fuchs sowie neuerdings von Hebra hervorgehoben worden, und es dürfte fernerhin auch für das Erythema exsudativum eine Betheiligung der Schleimhaut an dem Processe anzunehmen sein.

Was die Aetiologie dieses Falles betrifft, so habe ich hier

---

[1]) Archiv f. Dermatologie und Syphilis Bd. III. 1871, p. 221 ff.

ebenso wenig als es bisher überhaupt gelungen ist, irgend welche veranlassende Ursachen für das Exanthem aufgefunden. Namentlich wage ich es nicht mit der Affection der Brustwarzen in Beziehung zu setzen, wiewohl von Lewin[1]) neuerdings die Ansicht vertreten wird, dass das exsudative Erythem eine vasomotorische Neurose sei, die auf reflectorischem Wege namentlich bei Frauen mit gonorrhoischer Urethritis durch Reizung der Harnröhre zu Stande komme. Wäre das Erythem wirklich eine Reflex-Entzündung, um mich dieses Ausdruckes zu bedienen, dann wäre es allerdings leicht sein Auftreten im vorliegenden Falle zu erklären. Indes dann wäre es auf der anderen Seite wiederum unbegreiflich, dass diese Hauterkrankung nicht häufiger angetroffen wird, als es in der That geschieht, da fast jede Primipara in Folge des Nährens von Schrunden und Einrissen ihrer Brustwarzen befallen wird; dann wäre es unbegreiflich, weshalb die Urethritis gonorrhoica der Frauen häufiger von diesem Reflexvorgange gefolgt sein soll, als dieselbe Affection beim Manne.

Bei der grossen Anzahl tripperkranker Männer, welche ich jährlich Gelegenheit habe zu behandeln, ist mir bisher noch nicht ein einziger Fall von Erythema exsudativum vorgekommen, und doch ist dies eine Affection, die weder vom Patienten noch vom Arzte leicht übersehen wird.

Aus diesen Gründen kann ich auch einen jüngst von Soltsien[2]) veröffentlichten Fall von Erythema exsudativum, der zur Stütze der von Lewin aufgestellten Hypothese dienen soll, nach dieser Richtung hin nicht als beweiskräftig anerkennen. In diesem Falle soll die reflectorische Thätigkeit der vasomotorischen Nerven, welcher ein Erythema exsudativum seine Entstehung verdankte, durch eine vorhanden gewesene Entzündung der Mund- und Rachenschleimhaut hervorgerufen worden sein, „welche wegen der starken Röthung, Schmerzhaftigkeit, des Speichelflusses, der angeschwollenen benachbarten Drüsen und der anscheinend von geborstenen Blasen zurückbleibenden Substanzverluste für ein Erysipel erklärt wurde." Wir wollen es dahingestellt sein lassen, in wie weit der Ausdruck Erysipel für eine derartige Stomatitis zulässig ist, und ob man überhaupt

[1]) Berliner klin. Wochenschrift. 1876, Nr. 23, p. 321.

[2]) Berliner klin. Wochenschr. 1876, Nr. 40, p. 573.

von einem fixen Erysipel der Mundhöhle reden darf, indes ganz dieselben Symptome trifft man auch bei der Stomatitis mercurialis an, auf welche ich niemals einen Ausbruch eines exsudativen Erythems folgen sah, auch habe ich derartige Fälle vergeblich in der Literatur gesucht. Leider bin ich aber auch nicht einmal in der Lage das Exanthem für das zu halten, wofür es der Verfasser ansieht. Jener Ausschlag war mit starkem Jucken einhergegangen, und zu einem gewissen Zeitpunkt der Rückbildung stellte sich die Hautaffection als „graurothe mit Epidermisschuppen bedeckte Flecken" dar, welche vom einem Arzte, der den Patienten nach seiner Entlassung aus dem Krankenhause zu untersuchen Gelegenheit hatte, für ein Syphilid erklärt wurden. Welcher Natur aber auch der Ausschlag immer gewesen sein mag, ein Erythema exsudativum war es sicherlich nicht, denn dieses verläuft, wie in dem oben von mir mitgetheilten Falle entweder ganz ohne sensible Erscheinungen oder ist allenfalls mit leichtem Stechen oder geringem Brennen, niemals aber mit heftigerem Jucken verbunden und hinterlässt selbst bei bedeutender Ausdehnung niemals eine irgendwie erhebliche Desquamation.

Wenn ich zum Schlusse noch einige Worte in Bezug auf die Differenzial-Diagnose des oben mitgetheilten Falles anführen darf, so muss ich allerdings zugeben, dass die Erythem-Knötchen im Gesicht am zweiten Tage ihres Bestehens, wo ich sie zuerst sah, mit Variola-Knötchen Aehnlichkeit hatten; das gleichzeitige Vorhandensein der Knötchen am Rumpf und an den Extremitäten, namentlich am Handrücken, ohne dass an den Efflorescenzen des Gesichtes eine Bläschenbildung wahrzunehmen war, musste vor diesem Irrthum von vorne herein schützen. Näher noch lag bei der Betrachtung der angeschwollenen, harten, rissigen Brustwarzen in Verbindung mit den anginösen Erscheinungen der Verdacht einer syphilitischen Infection und die Möglichkeit eines acuten papulösen Syphilids. Wenn aber schon das Fehlen jeder Drüsenschwellung und des Defluvium Capillitii, die intacte Beschaffenheit der Handteller, der Fussohlen und des behaarten Kopfes, die Diagnose des Erythems sicherten, und die Scharlachfarbe des Ausschlages am Handrücken und Vorderarm gegen Syphilis sprach, so fehlte hier doch andererseits das wichtigste Symptom des Syphilids, nämlich

die von den französischen Autoren sogenannte Polymorphie, die gleichzeitig mit der Papel stets vorhandene Schuppen-, Bläschen- und Pustelbildung. Allerdings sind Fälle beobachtet worden, wo ein Erythema multiforme dem Ausbruch eines acuten papulösen Syphilids vorausging oder dasselbe begleitete; in solchen Fällen dürfte freilich eine Unterscheidung schwieriger sein, und solche Fälle könnten dann wohl irrthümlicherweise zu der Auffassung Veranlassung geben, dass die Erythem-Efflorescenzen zuweilen in Bläschen- und Pustelbildung übergehen [1]), während doch gerade das Fehlen dieser Eigenschaften zur Begründung der Diagnose des Erythema multiforme erforderlich ist.

[1]) cf. Lewin a. a. O.



Die Wiener Klinik für Syphilis.[1)]

Ein Rückblick auf ihr 25jähriges Bestehen

von

Prof. Dr. v. Sigmund
in Wien.

Erkennt man als Endziel der gesammten wissenschaftlichen Forschung die Herstellung einer richtigen und vollständigen Naturgeschichte der Krankheitsfamilie an, so sind damit auch für die klinische Thätigkeit Plan und Mittel vorgezeichnet. Obenan fordert die anatomisch-physiologische Richtung die genaue objective Untersuchung des erkrankten Individuums; es reiht sich daran die eingehende Erörterung jener „anamnestischen“ Einflüsse, welche bisher auf dasselbe einwirkten und als welche nicht nur die Verhältnisse der Erkrankten selbst, sondern auch jene ihrer Umgebung, endlich die ihrer Erzeuger ins Auge gefasst werden. Ausführliche und zuverlässige Kranken- und Krankheitsgeschichten in solchem Sinne lassen sich bekanntlich nur von wenigen Personen unserer Beobachtung erheben: aus zahlreichen, verschiedenen Individuen ergänzen wir daher die Bruchstücke unserer Auffassungen. Man sieht, dass wir nicht von dem etwas einseitigen Grundsatze ausgehen, die Krankheitsbilder ausschliesslich nur den Ergebnissen der objectiven Wahrnehmung zu entnehmen, sondern auch jenen Angaben, welche mit unserem Befunde nicht in offenbarem Widerspruche stehen, eine ihrem wohlerwogenen Werth angemessene Geltung zuzugestehen. Diesem leitenden Grundsatze folgend gewinnt man von den Ursachen der Entstehung und Verbreitung, den Vorgängen der Verhütung und Heilung der Krankheiten, insbesondere aber von den Complicationen und Com-

binationen der Krankheitsprocesse die Elemente der Naturgeschichte der venerischen und syphilitischen Krankheitsformen — leider bisher doch mehrseitig nur Bruchstücke! Dass der Kliniker indessen auf seine objective Wahrnehmung vorzugsweise baut, wenn es sich um die Diagnose und die Therapie des einzelnen Falles handelt, gründet sich auf die Eigenthümlichkeit unserer Specialität, bei welcher die Unachtsamkeit und Unwissenheit der Kranken, die absichtliche Verheimlichung und Täuschung gegenüber dem Arzte oft von mehreren Seiten vorwalten. Zu weit ab von unserem heutigen Zweck würde es führen, alle die Irrthümer und Vorurtheile zu berühren, welche dadurch, nach und nach der Wissenschaft und der Volksanschauung massenhaft zugewachsen, zähe noch immer fortbestehen.

Die Methode der Untersuchung, wonach die gleichviel mit welchen Formen behafteten Erkrankten, von dem Kopfe bis zum Fusse herab entkleidet, ja wenn nur thunlich in dem Zustande, wie sie die Krankenanstalt eben betreten, untersucht werden, bietet dem Kliniker überaus vielseitige Belehrung. Zunächst mag er an der Aussenseite (Kleidung und Benehmen) der Erkrankten einen Theil ihrer Lebensverhältnisse und Individualität, an ihrem entkleideten Leib ihre Körperpflege und sodann den Zustand der einzelnen Theile desselben wahrnehmen — oft der wesentlichste Theil der Geschichte des Individuums und seiner Erkrankung, massgebend für die genauere Erkenntniss und Behandlung derselben! Abgesehen von den speciellen klinischen Zwecken gewährt eine solche Beschau auch allgemeines anthropologisches und sociales Interesse. Die auf sämmtliche Systeme und Organe der Erkrankten ausgedehnte Untersuchung sollte auch bei den scheinbar einfachsten und leichtesten Krankheitsformen niemals unterlassen werden; anfangs geht man häufig nicht daran, sondern erst bei unerwarteten Erscheinungen im Verlaufe derselben; am häufigsten begeht man diese Unterlassungssünde bei den einfachen Geschwürs- und Tripperformen, welche man als örtliche Erkrankungen nur bei auffallenden Complicationen besonders zu beachten pflegt; und doch bietet z. B. der Verlauf eines ursprünglich als einfacher Harnröhrentripper beim Manne betrachteten Leidens theils durch nachfolgende heftigere Erkrankung, als auch durch hartnäckige Dauer oder durch Weiterziehen auf Nachbarorgane den Fingerzeig

einer Complication mit anderen, entfernteren, nicht augenscheinlichen Organstörungen (Tuberculose, Herzfehler u. dgl. m.). Auf die Complicationen des Trippers beim Weibe wollen wir nicht weitläufiger eingehen, da es heute wohl allgemein bekannt ist, wie viel z. B. auch zunächst nur die krankhaften Zustände der Geschlechtsorgane zur Entstehung, Fortdauer und Steigerung jener Leiden beitragen und wie hinwiederum eben auch nur der Tripper einen grossen Theil jener veranlasst oder steigert, nicht zu gedenken der Verbindung der meisten urogenitalen Leiden mit denen anderer entfernterer Organe. Was eben von den venerischen Formen berührt wurde, gilt ganz vorzüglich von der Syphilis, welche von vorneherein als eine allgemeine und chronische Erkrankung anzusehen ist, wobei der Zustand aller Systeme und aller Organe von vorneherein schon nicht genau genug beachtet werden kann.

Betrachtungen solcher Art stellen wohl in das klarste Licht, dass der Specialist mit allen generalen und speciellen Behelfen der Heilkunde an die Diagnose und Therapie der venerischen und syphilitischen Erkrankungen gehen soll; dass er dabei nicht einseitig an die herkömmlichen Untersuchungs- und Beobachtungsweisen, an die routinenmässige Schablone sich halten darf, dass ihm vielmehr eine mit den Gesammtfortschritten in stetiger Verbindung erhaltene f o r t s c h r i t t l i c h e Untersuchungs- und Beobachtunghmethode geboten ist. Dieser immer offenen Sinnes geübte Forschungsgeist gewährt nicht nur vielfachen wissenschaftlichen Reiz, sondern begründet zugleich die Anzeigen für die Behandlung sicherer als jede noch so vielthätige Empirie.

Die F o r s c h u n g n a c h d e m U r s p r u n g s k e i m, dem Ansteckungsstoffe, dem „Gift“, d. h. nach dem besonderen Gewebselemente, welches den venerischen und syphilitischen Krankheitsformen zu Grunde liegt, ist bisher fruchtlos geblieben, was auch naturwahre mikroskopische und chemische neuere und neueste Untersuchungen in Uebereinstimmung mit der klinischen Wahrnehmung zugestehen. Die klinische Forschung und Beobachtung hat indessen zu der heute allgemein angenommenen Scheidung der Erkrankungen in „v e n e r i s c h e u n d s y p h i l i t i s c h e“ geführt und die ziemlich lange Reihe von Jahren, welche mit den Ergebnissen der öffent-

lichen und privaten Krankenpflege vorurtheilsfrei rechnet, trennt noch die venerischen Geschwürsformen von der Syphilis ab: blennorrhagische, helkotische und Syphilisformen bilden denn heute die Ueberschriften, unter welche die Klinik ihre Verpflegten gruppirt hat; sie sieht mithin im „venerischen Katarrh", im venerischen Geschwüre, in der Syphilis aus besonderen eigenthümlichen Krankheitskeimen entspringende, wesentlich verschiedene Krankheitsvorgänge. Was auch mit noch nicht endgiltig erledigten Gründen für oder gegen diese Aufstellung vorgebracht werden mag, für den klinischen Standpunkt bleibt dieselbe schon darum vorzüglicher, weil sie zu einer genaueren und längeren Beobachtung der Kranken veranlasst. Sieht man übrigens ab von der Neigung zu persönlichem Hader, so eignet sich namentlich die Trennung der venerischen Geschwüre von der eigentlichen Syphilis (Dualismus gegen Unicismus) heute zu schroffer Parteinahme umsoweniger als die Dualisten gleich den Unicisten in der Behandlung der Erstlingsformen beider Gruppen binnen der ersten Wochen nicht wesentlich verschieden verfahren mögen. Die endgiltige Lösung dieser Parteifrage lässt sich daher der Wissenschaft, gleichwie der Praxis gegenüber, von ferneren Forschungen mit voller Beruhigung abwarten, sobald der aus der Erfahrung abgeleitete Grundsatz der Schule beobachtet wird, an die allgemeine Behandlung der Syphilis dann erst zu gehen, wenn die zur Erkenntniss derselben genügenden Erscheinungen bereits aufgetreten sind.

Die Versuche, die Erstlingsformen der Syphilis, Sklerose und Papel abortiv zu behandeln, bestanden in der Ausschneidung, der Zerstörung durch das Glüheisen (auch durch das galvanokaustische Verfahren) und verschiedene tiefer eingreifende chemische Aetzmittel, in der Anwendung desinficirender Mittel (Aether Alkohol, Carbol u. dgl. m.), endlich in der Anwendung von einfachen und zusammengesetzten Quecksilber- und Jodmitteln. Durch keines dieser Verfahren wurde der Entwicklung jener Erscheinungen vorgebeugt, welche das erste Stadium der Syphilis umfassen: Sklerose der Lymphgefässstränge, progressive Sklerose der Lymphdrüsen, Erythem der äusseren Haut, der Gaumen-, Mandeln- und Rachenschleimhaut; während allerdings bei mehr als einem Drittel der so Behandelten die weiteren Erscheinungen der Syphilis ausblieben, oder höchstens sehr milde auftraten und

verliefen, ohne dass irgend eine speciell dagegen gerichtete örtliche oder allgemeine Behandlung stattgefunden hätte. Diese Beobachtung wiederholt sich bei jeder wie immer geführten Behandlung und dient als Massstab zur Bewerthung der Behandlungsweise der Syphilis überhaupt. Versuche, wie ich solche mit verschiedenen Aetzmitteln vornahm, führten allerdings zur höchst wahrscheinlichen Anschauung, dass in den ersten 3—5 Tagen von dem Zeitpunkte der Uebertragung an gerechnet der Syphiliskeim an der Stelle der Uebertragung vollständig ausgerottet werden könne und daher keine allgemeine Erkrankung zu Stande komme[1]). Die Diagnose „Syphilis“ lässt sich indessen binnen den ersten 3—5 Tagen niemals in jedem einzelnen Falle zweifellos sicherstellen und was ich in meinen Veröffentlichungen gefolgert habe beruht auf dem Calcul der grössten Wahrscheinlichkeit. Dass ich Excision und auch Abtragung der Sklerosen, zumal an der Vorhaut und den Labien, oft ausführe, ist bekannt, allerdings nicht in der Idee, dem Ausbruche der allgemeinen Erscheinungen vorzubeugen, sondern die örtliche Erkrankung rascher zum Abschlusse zu bringen und die späteren neuen Affectionen in den indurirten Geweben zu verhüten.

Die Behandlung der venerischen und syphilitischen Erkrankungen hat in den letzten Jahrzehnten eine gründliche Umstaltung erfahren: die Hygiene trat mehr und mehr in ihre Rechte, die Anzeigen für Arzneimittel wurde bestimmter, einfacher und seltener — ein Verdienst der physiologischen Richtung der Heilkunde, das nur von jenen Aerzten richtig angeschlagen werden mag, welche noch am Schlusse unseres vierten Jahrzehnts im praktischen Berufe sich beschäftigten. Gerade bei unserer Specialität hielt man die vielfältige und energischste medicamentöse Behandlung einer- und andererseits die strengsten Entziehungs- und Enthaltungskuren für nothwendig, zu geschweigen der oft qualreichen Anwendung von Blutentziehungen, Aetzungen, Glüheisen u. dgl. m., welche überaus häufig in Gebrauch kamen. Die zahlreichen Aetzmittel und die Cauterien, welche ich in dem Gebrauche fand, wurden gar bald auf wenige, einfache und namentlich die excessive Verwendung des Silbernitrates beschränkt, sowie jene der

---

[1]) Siehe med. Wochenschr. 1855, Nr. 2, 16, 30. — 1860, 14, 24. — 1867, Nr. 43. — 1871, Nr. 21. 22.

Blutegel und — Aderlässe, der Brechmittel (beliebt besonders bei Epidydimitis!), der allgemein üblichen Kataplasmen u. dgl. m. Ein leider bis auf die neueste Zeit noch, wenn auch immer seltener, sich fortpflanzender Unfug wurde damals allgemein geübt mit allerlei Mitteln zur vermeintlichen Vorbauung gegen spätere Erkrankungen und nicht minder mit Decocten, Quecksilber- und Jodmitteln gegen andere Krankheitsformen, wenn solche auch nur eine geringe Aehnlichkeit mit venerischen und syphilitischen Erkrankungen darboten. Die Idee, durch eine einzige eingreifende „Radicalkur" Kranke von schweren und langwierigen Formen rasch zu befreien, beherrschte auch die besten Köpfe jener Zeit und gipfelte in der Wahl von vielerlei Mitteln, welche das „Gift" nach allen Richtungen — obenan durch Darm, Nieren, Haut und selbst Speicheldrüsen aus dem Organismus auszuführen hätten.

An dieses Gebaren schliesst sich das Uebermass von Bädern an, während der eigentlichen Tag für Tag, Fall für Fall angemessenen Körper- und insbesondere Reinlichkeitspflege nur eine geringe, um nicht zu sagen keine besondere Aufmerksamkeit zu Theil wurde. Wie es in den meisten Sälen um die hygienischen Verhältnisse stand, habe ich im ersten Theile dieses Rückblickes berührt. Brand, Scorbut, Oligämie, Anämie, Beschleunigung colliquativer Zustände bei Scrophulose und Tuberculose, schleppender Verlauf bei Wunden bei der Syphilis insbesondere, waren die natürlichen und zumal während des Winters und Frühjahres mehr oder minder grell hervortretenden Folgen, an welche man gewissermassen gewöhnt war.

Es galt den Grundsatz zur Geltung zu bringen, dass die ersten und nothwendigsten Bedingungen zu erfolgreicher Behandlung unserer Specialität in der möglich genauesten Regelung der diätetischen und hygienischen Einflüsse auf die Kranken beruht und dass ohne diese von den besten Arzneimitteln ein nur geringer, ja in vielen Fällen kein günstiger Erfolg zu erwarten ist, dass vielmehr die wichtigsten, gegen viele Krankheitsformen wohl angeordneten, Arzneimittel ohne jene Regelung eher schädlich als nützlich einwirken, dass in zahlreichen Fällen dagegen die Regelung allein schon zur Heilung genüge, jedenfalls aber das Meiste beitrage. Ferner musste Hand in Hand mit einer solchen Regelung festgestellt werden,

welche Heilmittel und welche Heilmethoden für die richtig diagnosticirten Erkrankungen zweckmässig und daher nothwendig erscheinen, um die Behandlungsweise der Kranken systematisch zu ordnen und den lernenden Aerzten zuverlässige Vorschriften auf den Weg des praktischen Berufes anschaulich mitzugeben. Aus solchen Vorschriften durften niemals starre Schablonen werden, sondern sie dienten nur als Behelfe, so lange bis der nie abgeschlossene Fortschritt daran ändern oder ganz neue Mittel und Formen finden liess, während die bereits üblichen Vorschriften dem Anfänger die ersten Schritte zur Selbständigkeit erleichtern sollten; wurde doch gerade auch in dieser Beziehung jeder Anlass benützt, um den jüngeren Berufsgenossen zu eigenem Forschen, Beobachten, Denken und Handeln anzuregen, ihm stets nahe zu legen, in seinem Wirkungskreise nach den nächsten Mitteln zu forschen, unverwandt den Fortschritt seiner Berufsgenossen im Auge zu halten, wäre er auch genöthigt, mit den eben verfügbaren Mitteln nur theilweise denselben zu folgen.

Die individuelle Prophylaxis der Kranken bezüglich des eigenen Organismus und dann der sie umgebenden Personen, musste den Spitalsarzt ganz besonders beschäftigen, letzteren zumal, weil in den gemeinschaftlichen Krankenzimmern die venerischen und syphilitischen Krankheitsformen untereinander verpflegt werden müssen und unter den gegenwärtigen Verhältnissen an eine Scheidung in genügend zahlreiche kleine Räume nicht gedacht werden kann — ein Verhältniss, wie es übrigens auch im Privatleben oft vorkommt. Weitab käme ich, wenn ich alle Versuche, gegen die Uebertragungen Vorkehrung zu treffen und die zahlreichen Misserfolge hier aufzählen wollte. Es ist indessen gelungen, durch das in der möglich kleinlichsten Ausführung betriebene System der Isolirung der Personen, ihrer Bett- und Leibwäsche und ihrer Geräthschaften, der Bade- und Waschapparate, der Verbandstoffe Verbandmittel und Verbandwerkzeuge, endlich durch die beständig von intelligenter Hand geleitete Verbandweise, sowie die sorgsamsten Vorgänge bei manuellen und operativen Eingriffen [1]) zu jener

[1]) S. u. A. Med. Wochenschr. 1864, Nr. 39, besonders 1876. Nr. 5 u. die Einleitung in das Receptformulare der Klinik für Syphilis (5. Aufl. 1876), welches die gesammte hygienische und manuale Pflege der Kranken bespricht.

Sicherheit der Verhütung von Uebertragungen gelangen, wie dieselbe bei dem Bildungsgrade und Zuverlässigkeit des Wärterpersonales, der Einsicht und Willfährigkeit der Kranken und der in unserer eigenen Hand liegenden Abwehr nachtheiliger äusserer Einflüsse eben erreichbar ist. Da gibt es nun freilich einen täglich neuen Kampf, aber keinen fruchtlosen, weil der günstige Erfolg thatsächlich eintritt, und darum — niemals Frieden, denn immer erheben sich die alten, immer kommen neue Feinde! —

Uebertragungen von Blennorrhöen auf die Bindehaut des Auges und von Geschwüren auf Nachbarstellen, Verbreitungen der Syphilisprodukte auf Mund-, Nasen- und Rachenschleimhaut, ferner Uebertragungen von Erkrankungen an Tripper, Geschwüren oder Syphilis unter Kranken selbst gehören heute zu den grössten Seltenheiten. Das sogenannte Erysipel und der Brand erscheinen fast nur eingeschleppt und werden, wenn in der Anstalt entstanden, rasch beschränkt; Diphtheritis gelangte, eben nicht selten von aussen eingebracht, in die Anstalt, wurde hier (wie auch jetzt noch) stets rasch abgeschlossen, verbreitete sich in keinem einzigen Falle und entstand in der Anstalt selbst niemals — dieses führe ich auch mit Beziehung auf jene 35 Jahre an, in welchen ich jederzeit die grössten Abtheilungen des Krankenhauses zu leiten gehabt habe. Derlei Erfolge verdankt man dem intelligenten und gewissenhaften Eingehen der Hilfsärzte in die Grundsätze der physiologischen Heilkunde und auch der werkthätigen Unterstützung der Leitung und Verwaltung der riesigen Anstalt, in welcher — man überblicke nur die Jahresberichte aus dem 4. und 5., ja selbst des Anfanges des 6. Jahrzehntes — es nicht immer so gewesen ist. —

An den günstigen Heilerfolgen hat der Umschwung mit Antheil, welcher auch bezüglich der Ernährung der Kranken eingetreten ist; nicht darben, sondern denselben jene Art und jene Menge von Nahrungs- und Genussmitteln [1]) gewähren, welche im einzelnen

---

[1]) Die Räumlichkeiten der Klinik und der Abtheilung gestatten leider weder eine zweckmässige Bewegung der Kranken, noch mancherlei harmlose Zerstreuungen, noch viel weniger das allgemein beliebte Tabakrauchen, gegen welches bei genügender persönlicher Reinlichkeit und angemessener Lüftung je nach dem Falle wohl nichts einzuwenden wäre.

Falle die Verrichtung der einzelnen Organe in gutem Gang erhält. Diesem Grundsatze habe ich vom Beginne meiner Spitalspraxis gehuldigt und verdanke demselben die befriedigendsten Erfolge und gerade bei jenen schweren Syphilisformen, bei welchen die Entziehung in allen Richtungen und die Steigerung sämmtlicher Aussonderungen nebst der Absperrung in übermässig warmen und nicht gelüfteten Räumen früher als Regel galten. Den Genuss der frischen Luft, der Bewegung im Freien, sowie Beschäftigungen und Zerstreuungen, soferne damit kein Missbrauch getrieben wird, gestatten wir, so oft dadurch den normalen Verrichtungen keine Störung droht. Alle diätetischen und hygienischen Vorschriften bedingen vollständig das Abgehen von herkömmlichen Schablonen und fordern die dem einzelnen Falle entsprechenden Anordnungen um so mehr, als es sicherer zum Ziele führt, die Verhältnisse im Einzelfalle ins Auge zu fassen, während immerhin für manche weniger verständige und weniger zuverlässige Kranke das anticipirende Coërcitiv erforderlich bleibt.

Die gegenwärtig allgemein übliche Behandlung der Tripperformen geht von der wissenschaftlich zweifellosen Anschauung aus, dass man es mit örtlichen Formen allein, welche niemals zu einer eigenthümlichen allgemeinen Erkrankung führen, zu thun hat. Die klinische Erfahrung hat denn auch den örtlich anzuwendenden Arzneimitteln den Vorzug eingeräumt und namentlich sind die einst durchgehends beliebten „inneren“ Mittel — obenan die balsamischen — auf Ausnahmsfälle beschränkt worden. Die richtiger erkannte Aetiologie der chronischen Folgeerkrankungen, in der Organisation der Individuen und den diätetischen Einflüssen nachweisbar, hat zur Ausschliessung mannigfacher herkömmlicher oft höchst nachtheiliger, dafür zur Einführung einfacherer technischer, erfolgreicherer Behandlungsweisen bestimmt: mechanische, Jod- und Brom-, Hydro- und Siderotherapie, Elektricität. Mit der genaueren Erkenntniss von den durch Tripper bedingten Folgeleiden des urogenitären Apparates beider Geschlechter, insbesondere aber jenen des Weibes, wendet man nicht nur der Behandlung der auffallenderen ersten Störungen, sondern auch der späteren, anfangs minder sinnfälligen, weit umsichtigere Beachtung zu.

Der Besuch von Krankenanstalten verschiedener Länder und zumal grosser Städte zeigt die immerhin bemerkenswerthe Thatsache, dass bei uns Nieren-, Blasen- und Vorsteherdrüsen-Erkrankungen sowie Stricturen verhältnissmässig seltener vorkommen als dort, ohne dass wir indessen dieselbe auf Rechnung der zweckmässigeren Behandlung des Trippers allein setzen möchten. Die Gynäkologie mag comparative Aufschlüsse geben über die uterinen Folgeerkrankungen, von dem nämlichen ätiologischen Standpunkte abgeleitet: schliesslich wird sich die von uns oft genug betonte Bedeutsamkeit der Trippererkrankungen eingehender und nachhaltiger gewürdigt werden als es bisher meistens geschehen ist.

Die Behandlung der einfachen venerischen Geschwüre hat die Umwandlung derselben in rein eiternde Wunden mittelst möglich raschester Beseitigung der Geschwürs-Gewebsschichte zum Ziele; vielerlei vergleichende Versuche haben schliesslich zur Bevorzugung von einfachen Aetzmitteln als Regel geführt, bei welchen die Anwendung auch der minder zuverlässigen Hand überlassen werden kann. In der Wahl des Aetzmittels leitet die Berücksichtigung des Sitzes und der Ausdehnung des Geschwüres, das dem Kranken gestattete Pflegeverhältniss und seine Organisation. Dass die wohlbestellte Anwendung von Aetzmitteln Lymphdrüsenschwellungen weder hervorruft noch steigert, das lässt die klinische Beobachtung oft genug wahrnehmen, im Gegentheil zeigt sich, wie bei Fortdauer der Geschwüre, daher auch bei unvollständiger Aetzung Drüsenentzündungen neu entstehen [1]). Bekannt ist die Beeinflussung der Geschwürsbildung durch die Organisation der Kranken, insbesondere aber durch die Summe verschiedener ihn treffender, äusserer Einwirkungen — in Krankenhäusern sowie in minder wohlgehaltenen Privatwohnungen leider nur zu zahlreich! Die Therapie hat daher eben diese Aetiologie sowohl bei den Geschwüren als auch bei ihren häufigen Folgeerkrankungen — den Drüsenleiden — im Auge zu halten und so lange jede Idee von „Specificität“, insbesondere von Syphiliser-

---

[1]) Ueber das Detail verweisen wir auf die in unserem Receptformulare gegebenen Vorschriften und zunächst auf Nr. 5. 1875 der Wiener med. Wochenschr., sowie auf die Jahresberichte von 1850—1857.

krankung ferne zu lassen, bis die zweifellosen Erscheinungen derselben sich darbieten. Nichts hat den an blos venerischen Formen Erkrankten mehr Nachtheil und nichts mehr Verwirrung in die Therapie, sowie in die vorurtheilsvollen Anschauungen der Masse gebracht, als die Anwendung von sogenannten „specifischen“, „antivenerischen“, „antisyphilitischen“ Mitteln welcher Art immer; obenan der Quecksilber-, der Jod- und Brompräparate, der Holztränke, der Entziehungskuren u. s. w., und das um so häufiger, als sie sogar als Vorbeugungsmittel schon bei dem ersten Auftreten von Geschwüren zahlreiche Gönner fanden. Die chirurgische Behandlung der Drüsenentzündungen folgte den heute allgemein angenommenen Regeln ohne Beziehung auf irgend eine Specificität.

Die Entwicklung meiner klinischen Thätigkeit fiel in die Periode des grellsten Zwiespaltes der Aerzte über die Therapie der Syphilis. Ich selbst war als Schüler in der Anwendung der Jodmittel und der Holztränke (des Zittmann'schen sowie des alkalinischen Sassaparilla-Decoctes) erzogen worden; in Hamburg und Berlin hatte ich das sogenannte simple Treatment, in Strassburg, Paris, Marseille, London, Liverpool, Dublin, Glasgow, Edinburgh und Mailand die mannigfaltigste innere Anwendung der Mercuralien, obenan des Sublimates kennen gelernt, in Paris und Lyon, speciell hie und da in einzelnen Anstalten die erst in Aufnahme kommenden Protojoduretpillen. In der Praxis der Militärspitäler Oesterreichs und ganz besonders in dem Wiener Garnisonsspital wurde, sowie in Prag die Louvrier-Rust'sche „Schmierkur“ mit aller Formenstrenge für schwere Fälle gebraucht. In der städtischen Privatpraxis wurden die Dzondi'schen Pillen und eine mit speciell bereiteter „stärkerer“ grauer Salbe eingeleitete „Exstinctionskur“ hie und da — immer nur bei „schwereren Fällen“ und gewissermassen als „letztes Mittel“ verordnet. Die Erfolge dieser Behandlungsweisen der Syphilis vermochte ich erst zu beurtheilen, nachdem mir in dem klinischen Berufe zu selbstständiger Beobachtung zahlreichere Fälle und längere Beobachtungsfristen, und zwar nicht blos der Kranken selbst, sondern auch ihrer Gatten, selbst der später erzeugten Kinder, dargeboten waren; denn in meiner chirurgischen Abtheilung stand mir nur eine verhältnissmässig geringe Zahl von Kranken und weder die genü-

gende Mannigfaltigkeit, noch die ausreichende Beobachtungszeit derselben zu Gebote. Nach dem oben (S. 356) bezeichneten leitenden Grundsatze sind denn nach und nach die jetzt in der Klinik geltenden Vorschriften für die Behandlung der Syphilis eingeführt worden, und wenn einzelnen Mitteln sowie bestimmten Methoden vorzugsweise eine ständige Anwendung zu Theil wurde, so beruht diese nur auf dem wohlerwogenen Werth derselben. Immerhin ist Schritt für Schritt in der Wahl der Mittel und der Ausbildung besserer Methoden mit neuen Forschungen auch allen Ergebnissen der Zeit vollauf Rechnung getragen worden. Unsere gesammten Jahresberichte, zahlreiche periodische und mehrere selbstständige Veröffentlichungen [1]) enthalten die thatsächlichen Ergebnisse jener Forschungen, mit denen ein Theil voreiliger Empfehlung auf ihren wahren Werth gemässigt werden mag.

Uebersieht man sämmtliche klinische Jahresberichte, so ergibt sich eine anfangs sehr mässige Anwendung verschiedener Quecksilberpräparate, eine häufigere der Holztränke, eine sehr häufige der Jodpräparate; bald aber wiegt die Anwendung der Quecksilberpräparate vor, die Holztränke treten ganz in Hintergrund und die Jodpräparate — gewöhnlich Jodkali und Jodeisen — finden fortwährend zahlreiche Anwendung, und unter den Quecksiberpräparaten gewinnen nach und nach Sublimat, das Protojoduret und die graue Salbe den Vorrang; die letztere wird in der Methode einer planmässig geordneten „Einreibungskur" die häufigste Behandlungsweise der vollständig entwickelten Syphilisformen. Uebersieht man ferner die Anzeigen für sämmtliche gegen die Syphilis gerichtete allgemeine Behandlungsweisen, so stellt sich heraus, dass dieselben gegen die einfachen milderen, kürzer verlaufenden Syphilisformen höchst selten und nur ausnahmsweise (Schwangere, hochgradig anämische, scrophulöse und rapide Entwicklungsformen) in Anwendung gebracht und dass ein sehr beträchtlicher Theil von Kranken bloss mit örtlichen sowie hygienischen und diätetischen Mitteln behandelt worden [2]). Bei allen Behandlungsweisen aber zeigt sich zu-

---

[1]) Insbesondere die letzte: „Ueber neuere Behandlungsweisen der Syphilis." Vier Vorträge. Wien 1876.

[2]) Die Analysen der Ausscheidungen der Kranken mit Bezug auf die Quecksilbertherapie sind in der Klinik häufig veranlasst, in der neuesten Zeit

gleich als wesentliche Bedingung der Erfolge das Hauptgewicht unumgänglich auf letztere fällt. Die klinische Erfahrung kann einer solchen planmässig innig verbundenen Therapeutik gleichwie einer längeren als üblichen Beobachtungsfrist der Syphilitischen nicht ernst und nicht nachdrücklich genug das Wort reden. Indem man diese wesentlichen Haltungspunkte ausser Acht lässt, kommt man selbst bei ganz gründlichen Diagnosen zu fehlerhaften Folgerungen, welche dann unter verschiedenen Ueberschriften auch literarisch die Runde machen.

Uebersieht man eine grössere Reihe von Kranken, die man mit wohl diagnosticirter Syphilis behaftet ununterbrochen und durch viele Jahre, deren Ehegatten und deren Erzeugte wieder durch längere Zeit genau beobachtet hatte, zählt man dazu die Fälle von Syphilis bei Individuen, deren Erzeuger und Geschwister man thatsächlich näher kannte, so gelangt man zur richtigen Anschauung über Entstehung, Verlauf und Ausgang der Syphilis, sowie der darauf einwirkenden Einflüsse insbesondere auch über das Verhältniss dieser zur Heilung derselben. Es ergibt sich, dass bei einer sehr grossen Zahl von Kranken die Syphilis den heute wohlbekannten typischen Verlauf des ersten, allenfalls auch zweiten Stadiums durchmacht und schon damit für das erkrankte Individuum, sowie für seine Erzeugten abschliesst = Heilung.

In einer zweiten Reihe von Fällen erfolgt dieser Abschluss nicht, sondern es bilden sich die bekannten Entwicklungsformen der Syphiliden der äusseren Schleimhaut, sowie die visceralen Störungen, bei einzelnen Personen auch jene anderer Organe und Systeme, namentlich der Sinnes- und Bewegungsapparate und zwar in sehr abweichenden Zeiträumen. In einer dritten Reihe treten spätere Erkrankungen verschiedenen Sitzes ein, unter

---

so zahlreich gemacht worden, dass die beiden Assistenten der Klinik DDr. v. Vajda und Paschkis sich eben mit einer nächstens erscheinenden Arbeit darüber beschäftigen. Die bekanntlich von Herrn Prof. Ludwig erfundene Methode, ungemein kleine Uebersichtsmengen weit einfacher und zumal rascher nachzuweisen, hat das Unternehmen erst recht gefördert.

der Form von gummöser Neubildung zusammengefasst und zu den mannigfachsten Störungen Anlass bietend. In einer vierten Reihe steht Cachexie und Marasmus vor uns mit Organerkrankungen, welche an und für sich zu deren Aetiologie nicht genügen, wenn man die für Syphilisvergiftung angenommene Erklärung nicht annimmt. Wir entnehmen diesen Abriss des Verlaufes der Seuche den vieljährigen statistischen Aufzeichnungen aus der öffentlichen und der Privatpraxis, um die nach und nach daraus abgeleitete heutige klinische Behandlung zu erklären. In dem ersten Stadium genügt die rein örtliche Behandlung der Ursprungsform der Syphilis, allenfalls unter Zuthat von jenen Mitteln, welche der einzelne Fall bezüglich vorkommender anderer als der specifischen Erkrankung angehöriger Störungen fordern mag. Mehr als ein Drittel der Kranken (39 %) wurde ohne jede specifische Behandlung dauernd geheilt und bemerkenswerther Weise leistet hier die verhältnissmässige Mehrzahl das weibliche Geschlecht, welches im grossen Ganzen von der Syphilis überhaupt weniger nachhaltige und weniger schwere Störungen als das männliche erleidet. Wir haben kein Mittel kennen gelernt, welches die Dauer des ersten Stadiums abkürzt, auch keines, welches dem Auftreten der Erscheinungen des zweiten Stadiums vorbeugt, und deshalb unterbleibt in der Regel jede speciell gegen Syphiliskrankheit gerichtete Behandlungsweise im ersten Stadium der Syphilis. Bekanntlich machen wir bei Schwangeren eine von Fall zu Fall berechnete Ausnahme, deren Erörterung hier zu weit führt. Es unterliegt keinem Zweifel, dass auch die Formen des zweiten Stadiums spontan sich zurückbilden, jedoch viel langsamer, viel unvollständiger, unter mannigfachen, oft sehr schweren Störungen, welche die allgemeine Ernährung mehr oder minder beeinträchtigen und allzumal die Verbreitung der Syphilis begünstigen; noch mehr tritt dieses Alles ein bei den Formen, welche nur nach dem Verhalten der äusseren und der Schleimhaut, wohl auch einzelner Theile in Anschlag gebracht werden. Die Behandlung mit Quecksilberpräparaten kürzt und vereinfacht die Formen und beschleunigt die Herstellung der normalen Verrichtungen, obenan der Ernährung, allerdings in genauester Verbindung mit den von uns immer als wesentlich betonten hygienisch-diätetischen Massregeln. Dem dritten und vierten Stadium entspricht neben der sorgsamsten Beachtung

eben derselben, theils die Behandlung mit Quecksilber, theils mit Jodpräparaten in Verbindung mit jenen Mitteln, welche der einzelne Fall an und für sich fordert, wenn man von der Syphilis als Ursache absieht.

Von solchen leitenden Gedanken sind wir in unserer Wahl der Mittel und der Aufstellung der Methoden für die Behandlung der Syphilis ausgegangen und bis zu dem 82. Lehrcurse herab, in dem wir uns eben bewegen, haben wir unseren jüngeren Berufsgenossen bei jedem Anlasse die aus der Naturgeschichte der Syphilis geschöpften Vorschriften der Therapie mit deren Erfolgen unbefangen vor Augen gestellt. Die Beurtheilung und Bewerthung eines solchen Vorganges gehört der Zeit an, und für meine Person habe ich dem grund- und planlosen Hader über die Vorzüge von Mitteln und Methoden für die Behandlung der Syphilis von vorneherein entsagt, nachdem ich davon niemals ein wahrhaft wissenschaftliches und echt humanitäres Ergebniss erwarten konnte. Wie unser klinisches Gebaren heute zu den neuesten wissenschaftlichen Fortschritten der gesammten Heilkunde, insbesondere aber zu den Bestrebungen der Syphilistherapie sich verhält, lehrt unter anderen früheren und späteren periodischen Veröffentlichungen unser Jahresbericht von 1875, sowie ganz speciell die Abhandlung über die neueren Behandlungsweisen der Syphilis (1876), welche bereits auch in mehreren Sprachen übersetzt wurde.

In der Klinik müssen berechtigte Experimente pathologischer und therapeutischer Natur ihren Platz finden; ihre Berechtigung vom Standpunkte der Wissenschaft und des Gewissens zu ermessen, bleibt der Einsicht des Klinikers anheimgestellt. In unseren Veröffentlichungen sind die Ergebnisse solcher Experimente sachgetreu mitgetheilt und damit den Fachgenossen die Unterlage zu selbstständigem Urtheile geboten worden. Auf solche Experimente hin haben wir u. A. der Impfung immer nur einen sehr untergeordneten Werth in der Diagnosik eingeräumt, von den bisherigen mikroskopischen und chemischen Untersuchungen bezüglich der Formelemente der Krankheitskeime nur sehr skeptisch geurtheilt, mitunter einzelne auch von hervorragenden Fachmännern empfohlene Mittel und Behandlungsweisen abgelehnt, endlich der nutzlosen, ja oft sehr schädlichen exspectativen und nihilistischen Behandlung schwerer

Formen entsagt, während wir die wohlgeregelte hygienisch-diätetische Pflege der Kranken als die erste und unerlässliche Bedingung zur Heilung der Syphilis und in derselben auch die erste Gewähr gegen Rückfälle einer Krankheit sehen, welche immer als langwierig zu betrachten ist und zu deren vollgiltiger Beurtheilung eine Reihe von Jahren — im ganzen Umfange selbst eine Generation — angesprochen werden mag.

Es genüge für diesen Rückblick an den wenigen Bruchstücken, um die ärztliche Thätigkeit in Untersuchung, Beobachtung und Behandlung der Krankheiten zu kennzeichnen und für umfangreiche und vollständige Darlegung der klinischen Thätigkeit möge der Rechenschaftsbericht späterer Musse eintreten.

Indessen lässt sich an diese Bruchstücke aus der klinischen Gebarung wohl noch eine allgemeine Betrachtung anreihen. Der Arzt hat als Lehrer mehr denn irgend ein anderer zwischen der Wissenschaft und dem täglichen Leben persönlich zu vermitteln. Durch That, Wort und Schrift soll er über die Räume des Kranken- und Lehrsaales hinaus wirken, die Anschauungen und Bestrebungen nicht nur seiner Berufsgenossen anregen und fördern, sondern auch jene der nichtärztlichen Welt bestimmen und lenken — eine schwierige aber dankbare Aufgabe, werth der Mühe und der Ausdauer gegenüber der riesigsten und verderblichsten aller Volkskrankheiten, welche die Welt bisher allerdings als solche genügend erkennt und vielfach genug fürchtet, aber nicht gleich offen bekämpft hat. Nun die Bestrebungen zur zielbewussten Bekämpfung derselben sind in den letzten Jahrzehnten zahlreicher, zweckmässiger und ernster geplant worden als je zuvor — gewiss ein Ergebniss ärztlicher, immer einsichtsvollerer und nachdrücklicherer Lehr- und Berufsthätigkeit. Die Besucher der nahezu drei Jahrzehnte eröffneten Wiener Klinik, zu Tausenden über alle Länder zerstreut, vertreten heute den nämlichen Standpunkt und die gleiche Richtung mit uns und darin liegt die Bürgschaft, unter der verständigen Benützung der vorhandenen Mittel dennoch, wenn auch langsam, zur Verminderung und Milderung der Seuche zu gelangen, — die immer dankbare Vorarbeit zur Erreichung des Ideals: Ausrottung derselben! Dahin streben die heute fast in allen Lehranstalten bestehenden besonderen klinischen Institute,

sowie die eigenen Heilanstalten für Syphilis, dahin die Verhandlungen wissenschaftlicher und humanitärer Vereine, die Errichtung eigener Krankenvereine, sowie die berufsmässige tägliche Thätigkeit der wohlgebildeten Praktiker, und diesen vielseitigen Bestrebungen leiht eine gerade in den letzten Jahren in eben dieser Specialität auffallend häufigere Literatur den beredtesten Ausdruck. Langsam aber dennoch lebhafter als ehedem schliessen sich auch Gesetzgebung und Verwaltung diesem Fortschritte an, und von einem höheren als bloss vom Einzelfache ausgehenden Standpunkte begrüssen wir die Errichtung eigener Lehrstühle für die öffentliche Gesundheitspflege auf das Freudigste, wieder im wohlverstandenen Interesse unseres Faches. Die Gründung von Vereinen für die Gesundheitspflege und die Anträge auf einen bis in die letzten Volksschulen zu verpflanzenden Unterricht über dieselbe betrachten wir als ein höchst werthvolles Zeichen des Erwachens eines besseren Geistes der Bevölkerung, ohne deren werkthätige Theilnahme die Förderung der Gesundheitspflege von der Verwaltung allein ohnehin nicht erreicht werden kann. Das Licht der Erkenntniss von Entstehung, Ursache, Verbreitung, sowie von den Mitteln zur Verhütung, Abwehr und Tilgung der Volkskrankheiten wird mit der möglich grössten Ausdehnung des Unterrichtes in der Gesundheitspflege erst recht zum Gemeingut Aller werden — am erspriesslichsten gegenüber einer herkömmlich verheimlichten, gleichwohl am meisten verbreiteten, immer und überall sämmtliche Mitglieder der Gesellschaft bedrohenden Volkskrankheit. Die Macht unwiderleglicher Thatsachen wird dann gar bald unsere zur Gesetzgebung und Verwaltung im Staate berufenen Mitbürger belehren, wie irrig und wie höchst zweckwidrig und nachtheilig der eben noch herrschende Grundsatz ist, nach welchem die öffentliche Gesundheitspflege ganz oder doch grösstentheils den Gemeinden anheimgestellt bleibt [1]). Die einheitliche Gesetzgebung und Ver-

[1]) Selbstverständlich sind mir alle Beweggründe wohlbekannt, welche gegen diese Anschauung ins Feld geführt worden sind: die zahlreichen Verhandlungen in Fachkreisen, in gelehrten Gesellschaften, in Conferenzen und Congressen haben gegenüber den herrschenden Volkskrankheiten (auch nur zum Zwecke gleichförmiger Massregeln zur Abwehr der-

waltung derselben gehört der Staatsregierung an und es liegt nur im wohlverstandenen Vortheil Aller, wenn sie mit der möglich grössten Umsicht erwägt, ob und was davon anderen als ihren eigenen Organen übertragen werden mag.

---

selben) Verfügungen der Regierungen angeregt, welche nur die Regierungen selbst anordnen und ausführen könnten: so bei der Cholera, der Pest, dem Gelbfieber — wie viel mehr wäre das bei der Syphilis der Fall! — Wie liesse sich anderes an eine conforme Gebarung in einem dualistischen Staatswesen, wie erst an eine internationale Uebereinstimmung denken.....

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Syphilis.

1. **Grünfeld.** Ueber Sondirung des Harnleiters. (Allgem. Wiener med. Zeitung, 1876.)
2. **Bourgade.** Ueber Phimosis in Folge von Diabetes. (Verh. der Assoc. franç. pour l' Avancement des Sc. Paris. 23. Aug. 1876 — siehe Prog. méd. Nr. 36, 1876.)
3. **Hunt.** Ein Fall von theilweiser Lähmung, bedingt durch ein angewachsenes Präputium. (The medical Record 1875, Rundschau 1876).
4. **Lecchini.** Injection von Chloralhydrat bei acutem Tripper. (Riv. clin. 2. S. IV. 1874.)
5. **Bruck.** Sublimat als Heilmittel bei Blen. urethr. (Centralbl. f. d. med. Wissench. Nr. 27, 1876.)
6. **Chiene.** Ueber den Nachtripper. (Med. Times and Gazette. 24. Juni 1876.)
7. **Walicki.** Behandlung des chronischen Trippers mit dem Pulverisateur mit Hülfe des Dilatators der Urethra. (Medycyna T. IV. Nr. 31. 1876.)
8. **James Hutchinson.** Pyämie nach Tripper. (Philad. med. and surg. Rep. 34. 6. Febr. 1876.)
9. **Fourestié.** Ueber Tripperrheumatismus. (Gaz. de Par. 27, 32, 33, 1875.)
10. **Güntz.** Ueber die Frage von der Contagiosität der sogenannten spitzen Condylome. (Berliner klin. Wochenschr. 1876. Nr. 39.)

Zur Sondirung des Harnleiters verwendet Grünfeld (**1**) sein gerades, gefenstertes Endoscop, somit (im Gegensatze zu Tauchmann, Dostal und Simon) unter Controle des Auges und bei gefüllter Blase.

Er sucht sich zuerst die Mündung des Urethers auf (gelbe zackige Figur im Gesichtsfelde, umgeben von rosarothem Saume, der immer schmächtiger wird und endlich schwindet). Dann hebt er das Ocularende des Instrumentes gegen die Symphyse, neigt es gegen die Medianebene des Körpers in einem Winkel von $30^0—35^0$ und schiebt es noch $2^1/_2$—3 Ctm. weiter vor. Bald zeigt sich im Gesichtsfelde die schlitzförmige Mündung des Urethers, durch den Schatten ihres oberen scharfen Randes und ihrer seitlichen Falten besonders kenntlich. Nun wird durch einen Einschnitt in dem trichterförmigen Ansatze des Endoscops eine geknöpfte, wie die Leroy d'Etiolle'sche Cüvette, in ihrem 2 Ctm. langen oberen Antheile beweglichen Sonde neben der der betreffenden Harnleitermündung gegenüberliegende Seite des Instrumentes in der Blase vorgeschoben, das Köpfchen der Sonde im rechten Winkel gestellt, unter die Glasfläche des Endoscopes gebracht und bei gleichzeitigem Drucke gegen den Blasengrund in die Harnleitermündung eingeführt. Das Endoscop wird nun herausgezogen, die Sonde gerade gerichtet und nun kann sie beliebig weit vorgeschoben werden. Die Manipulation ist beim Weibe begreiflicher Weise leichter als beim Manne. (Beim Manne scheint sie uns sehr schwer! A.)

Bourgade weist abermals (2) auf die Häufigkeit des Vorkommens von Balanoposthitis und Phimosis bei Diabetikern in Folge der reizenden Wirkung des zuckerhältigen Urins hin, und warnt vor Operation solcher Phimosen. (Es ist überhaupt zu erinnern, dass die Operation der Phimose noch viel zu häufig und unnöthiger Weise geübt wird. Ein Präputium, in dessen Sack der kleine Finger noch eindringen kann, lässt sich fast ausnahmslos ohne das Messer erweitern, oft durch den Finger allein. A).

Bei einem 6jährigen Knaben, der einen Comminutivbruch des rechten Unterschenkels und einen einfachen Bruch der linken Fibula erlitt, war nach der Schilderung von Hunt (3) während der Reconvalescenz der Penis in einem fortwährend erigirten Zustande. Das Präputium war vollständig an die Glans angewachsen bis auf einen Punkt rechts von der Harnröhrenöffnung. Die Ränder der letzteren waren geröthet und mit Granulationen besetzt. Der Knabe hatte immer einen wackelnden Gang, fiel häufig ohne Ursache und konnte augenscheinlich seine unteren Extremitäten nicht controliren.

Ferner zuckte er fortwährend mit den Gesichtsmuskeln. Ebenso schrie und zuckte das Kind sehr häufig aus dem Schlafe auf. Die Zunge konnte auf Verlangen nicht vorgestreckt werden. Die Sprache war unarticulirt, die Intelligenz etwas unter dem Durchschnitte. Nach gemachter Circumcision schwanden in kurzer Zeit alle diese Erscheinungen.

Lecchini (4) benützt bei Tripper eine Lösung von 1 : 100 Chloralhydrat nach dem Vorgange von Parona und lässt Früh und Abends eine Einspritzung machen. Gerade die quälendsten Erscheinungen, welche bei dem gewöhnlichen Verfahren nur allmälig verschwinden, sollen durch diese Einspritzungen sehr rasch gehoben werden; doch sah er sich in einzelnen Fällen genöthigt, später noch Einspritzungen von anderen Mitteln (Zinksulphat) machen zu lassen. Verf. theilt 10 Krankengeschichten mit, in welchen allen nach verhältnissmässig sehr kurzer Anwendung (immer nur einige Injectionen) Heilung erzielt wurde (? A.).

Bruck wendet (5) gegen Tripper Sublimat innerlich an, verabreicht dieses Mittel schon im hyperämischen Stadium und behauptet, dass er jeden Tripper ohne Complicationen in 6 Wochen heile. Der Ausfluss ist in den ersten 10 Tagen auffallend profus, von da ab immer schwächer und seröser; das Brennen in der Harnröhre erträglich, die Chorda mässig. Während der Behandlung ist der Genuss der Spirituosen, des Kaffee und der stark gewürzten Speiseu zu meiden. Purgantien sind auszuschliessen, weil unnöthig während des Sublimatgebrauches. Das Mittel verursacht manchmal Krämpfe im Darm und Magen, dann muss mit demselben ausgesetzt werden. Bei Herz- und Lungenkranken ist es nicht verwendbar. Verabreichung in Pillenform. Dosis: die ersten 10 Tage 1 Ctgr. pro die, in den folgenden 5 Tagen 2 Ctgr. u. s. w. (Wie viele Fälle hat Verf. so behandelt? Er rechnet nach einer Aeusserung im Texte übrigens den Tripper zur Syphilis. A.).

Godon hatte (vgl. diese Viertelj. 1875 p. 356) nach Hewson's Vorgange Injectionen von Thonerde (Kaolin) bei Tripper empfohlen. Chiene nun hat (6) weitere Versuche damit angestellt und zwar nur in chronischen Fällen und solchen, deren Ursache vor dem Bulbus urethrae gelegen war. Er lässt eine Pasta von Kaolin mit Wasser und etwas

Oel anrühren, die in die Harnröhre eingespritzt, dort trocknet und die Wände auseinanderhält, aber durch einen Verband zurückgehalten werden muss. Bei weichen Geschwüren mit Phimosis und bei Eicheltripper empfiehlt der Verf. ebenfalls das Kaolin, um die an einander liegenden, sich gegenseitig reizenden Flächen auseinander zu halten. (Charpie dürfte diesen Dienst besser leisten. A.)

Die Behandlungsart des Trippers, welche Walicki (7) angibt, ist nicht neu, nur der Apparat, vom Vf. selbst angegeben, unterscheidet sich von den bis jetzt bekannten. Er ist aus zwei metallischen Hälften zusammengesetzt, die in einem rechten Winkel gebogen sind. Der eine Arm dieses Winkels ist zur Einführung in die Harnröhre bestimmt, der andere stellt die Handhabe dar; die Länge beider Arme beträgt zu je 11 Ctm. Beide Hälften sind durch eine Schraube wie eine Scheere verbunden; die in die Harnröhre einzuführenden Arme haben eine glatte Oberfläche und passen genau aneinander, ihre Ränder sind gehörig abgestumpft, die Spitzen leicht abgerundet. Der geschlossene Apparat hat die Dicke eines mittleren Katheters; die die Handhabe zusammensetzenden Arme sind so gebogen, dass sie beim Schliessen sich einander nähern, wobei die in der Harnröhre befindlichen Arme gleichzeitig von einander sich entfernen; im Ganzen hat der Apparat das Aussehen eines zweiblätterigen Mutterspiegels. Mit Hülfe dieses Apparates stäubt der Verf. verschiedene Arzneimittel in verschiedener Concentration ein, und glaubt auf diese Weise sehr gute Erfolge erzielt zu haben, namentlich bei chronischen, veralteten Trippern.

Klink.

Einen Fall von Pyämie nach Tripper beschreibt Hutchinson (8). Die Kranke wurde mit typhösen Erscheinungen, reichlichem Eiweiss- und Eitergehalt des Urins und einem starken Vaginalausfluss aufgenommen, wozu sich Oedem der Augenlider und der Nymphen gesellten. Verf. erklärte den Fall nicht für Typhus, sondern für Eitervergiftung durch Resorption von gonorrhoischem Secret (? A.), worin er durch eine sich später bildende Zellgewebsinfiltration am Halse (offenbar Nachkrankheit des Typhus A.) bestärkt wurde.

Verf. erklärt auch den sogenannten Tripperrheumatismus bei Männern für eine Form von Pyämie.

Fourestié behandelt (**9**) ein bei den französischen Autoren sehr beliebtes Thema, den Tripperrheumatismus und führt 22 Krankengeschichten auf. Neben dem acuten kam auch öfter ein polyarticulärer, fieberloser Rheumatismus vor, welcher plötzlich verschwand. Acute Gonorrhöen hatten nicht selten chronische Formen von Rheumatismus im Gefolge.

Gestützt auf einen in den Schmidt'schen Jahrbüchern referirten Fall, in welchem erzählt wird, dass ein Kind und seine mit massenhaften spitzen Condylomen an den Genitalien behaftete erwiesen nicht syphilitische Wärterin dasselbe Nachtgeschirr wiederholt benutzt hatten, wornach das Kind von einer beträchtlichen Zahl spitzer Condylome befallen wurde und auf die von Dr. Kranz und Prof. Lindwurm in des letzteren Klinik erlangten positiven Impfresultate mit spitzen Condylomen (Deutsches Archiv f. klin. Med. 1866, Bd. II. pag. 79) hatte sich Güntz schon früher für die Contagiosität der spitzen Condylome ausgesprochen. Dagegen hatten Petters u. A. (Diese Viertelj. 1875 p. 255 ff.) sich entschieden ausgesprochen. Güntz berichtet nun (**10**) über folgende Experimente:

1. Experiment. Der 26jährige, gut genährte Kranke hatte sich mit einem indurirten Geschwür, dem weitere Syphiliserscheinungen folgten, angesteckt. Das Geschwür war 8 Wochen nach der Infection geheilt, die Induration fast ganz geschwunden; an den Genitalien war etwas auffällig Abnormes nicht zu sehen. Die Genitalien wurden stets reinlich gehalten. Drüsenanschwellungen. Nach 4 Wochen bemerkte Patient an der Narbe des Geschwürs in der Eichelfurche ein spitzes Condylom, welches sich auch als solches erwies. Dasselbe wurde 4 Wochen lang mit Reinlichkeit behandelt und war bis zur Grösse von 3 Millimetern gewachsen, gleichzeitig hatten sich nicht weit davon noch einige, und auf dem Rücken der Eichel noch ein solches Gebilde entwickelt. Das grösste wurde abgetragen und sofort in einen Schnitt am Oberarm mit der Basis in die Schnittränder der Haut geklemmt, darüber Wachspapier und hierauf Heftpflaster. Nach 2 Tagen war die Schnittwunde verkrustet, die vertrockneten Reste des Condyloms waren mit der Kruste verklebt, die Ränder in der Umgebung schwach hyperämisch entzündet. Eine Woche nach der Operation war die Kruste abgefallen, die Wunde vertieft verheilt. Ein spitzes Condylom hat sich am Arm nicht entwickelt. Bei demselben Kranken wurde das

2. Experiment vorgenommen, und ein inzwischen gewachsenes Condylom, ausserdem noch ein anderes kleines Condylom gemeinsam in einen Hautschnitt am anderen Oberarm eingelegt; übrigens wurde verfahren wie im vorhergehenden Experiment. Negatives Resultat. Nunmehr wurden die Condylome am Penis mit Tannin und später mit Sublimatcollodium beseitigt. Vier Monate lang waren dieselben gänzlich geschwunden. Um diese Zeit entwickelte sich an einer alten Stelle innerhalb 14 Tage ein neues Condylom. Dasselbe wurde

3. Experiment, wie früher auf den Oberarm mit negativem Erfolg überpflanzt. Syphiliserscheinungen waren nicht mehr vorhanden. Der Kranke hatte nie an Tripper gelitten. Seit der ersten Ansteckung hatte angeblich der Coitus nicht wieder stattgefunden.

4. Experiment. Bei einem 10jährigen, gesunden, früher nie syphilitisch gewesenen Mädchen fand sich auf der linken Seite des Unterkiefers, von einer Stelle des Zahnfleisches ausgehend, da, wo sich dasselbe in der Ausdehnung über zwei Backenzähne von den Zähnen abgelöst hatte, eine Gruppe hahnekammförmiger, spitzer Condylome. Diese Condylome wurden zum Theil abgetragen und auf den Oberarm eines Mannes eingepflanzt, welcher vor 2 Jahren vom Verfasser an Syphilis behandelt worden war. Bei der Ueberpflanzung wurde genau wie bei den früheren Experimenten verfahren. Der Erfolg blieb negativ. Der Verlauf war genau wie bei den vorhergehenden Experimenten. Syphilitische Erscheinungen hatten sich bei dem muthmasslich noch nicht geheilten Kranken zur Zeit nicht wieder gezeigt.

5. Experiment. Auf den anderen Oberarm desselben Kranken wurden in eine frische Schnittwunde der Haut soeben abgetragene Condylome eingelegt, welche von einer mit blühender Syphilis (im 5. Monat der Krankheit) behafteten Frau stammten. An den Genitalien befanden sich bei der Frau weisser Fluss und massenhafte, bis bohnengrosse spitze Condylome, deren Entwicklung innerhalb der letzten Monate deutlich beobachtet worden war. Die Ueberpflanzung eines dieser Condylome fiel negativ aus.

6. Experiment. Bei derselben, unter 5 erwähnten Kranken wurde gleichzeitig ein anderes spitzes Condylom abgetragen, und auf den Oberarm dieser Kranken mit ebenfalls negativem Ergebniss überpflanzt.

Das negative Resultat dieser Experimente, welche Vf. mit Vermeidung der an den Versuchen Lindwurm's und Kranz's gerügten

Fehlerquellen ausführte, soll — wie Vf. meint — beweisen, dass die Frage noch ungelöst sei.

11. Proksch: Ueber die historische Berechtigung der Benennung »Hunter'scher Schanker«. (Med. chirurg. Centralbl. Nr. 15, 1877.)

12. Pflüger. Ulcus induratum der Augenlidränder. (Monatsbl. f. Augenheilk. Mai 1876.)

13. Doering. Schwefelkohlenstoff gegen Geschwüre, besonders syphilitische. (Pacific med. and surgic. Journ. Oct. 1876; Arch. of Derm. April 1877.)

14. Klink. Jodoform als Verbandmittel gegen Schanker (Medycyna T. IV. Nr. 46. 1876.)

Proksch polemisirt (**11**) gegen eine Aeusserung Bäumler's in dessen Lehrbuche der Syphilis, als ob Hunter nur im Allgemeinen die Härte des specifischen Initialgeschwüres und nicht auch die eigenthümliche charakteristische Form dieser Härte (die scharfe Abgrenzung) hervorgehoben hätte. Er citirt zu dem Ende die ganze Beschreibung Hunter's und beweist, dass nicht erst Ricord die entzündliche Härte eines Schankers von der specifischen Härte einer syphilitischen Induration unterscheiden lehrte, sondern dass dies bereits Hunter ganz vollständig that, dass die Bezeichnung Hunter'scher Schanker daher historisch vollkommen berechtigt sei.

(Eine volkommen präcise Darstellung dieser »Streitfrage« mit allen einschlägigen Texten und den richtigen Schlussfolgerungen findet sich in des Ref. »Lehren vom syphilitischen Contagium« p. 69 ff. A.)

Einen Augenlidschanker beschreibt Pflüger (**12**) bei einem 72jährigen Manne. Beide Lidränder geschwollen, hart, in grosser Ausdehnung ulcerös mit Einbeziehung der Conjunctiva palp. inf. Geringe Secretion. Einige Tage nach dem Beginn der Behandlung trat ein anderes kleines, rundliches Geschwür mit infiltrirtem Rande auf der Wange auf. Binnen 3 Wochen waren nach dem Gebrauche von Hg-Einreibungen, local Arg. nitricum und Sublimat die Geschwüre vernarbt. Nach 6 Monaten keine allgemeinen Erscheinungen. (Es hat sich, wie es scheint, hier um weiche Schanker gehandelt, deren Vorkommen im Gesichte heute von Niemanden mehr bezweifelt wird. A.)

Als Deckmittel für Geschwüre, besonders syphilitische, empfiehlt Doering (**13**) den Schwefelkohlenstoff (CS_2), eine durchscheinende, farblose, sehr bewegliche Flüssigkeit von stechendem Geruch und Geschmack, welche mit einem Pinsel von Kameelhaaren oder einem Stück Lint mindestens zweimal täglich auf das Geschwür aufgetragen und dann mit einem milden Pulver von Mag. Bismuthi oder Stärkemehl bedeckt werden soll. Der Schmerz beim Auftragen ist heftig, aber dauert nur einige Secunden. Das Mittel soll sich bei allen indolenten und zur Phagedän geneigten Ulcerationen bewähren. Hat man nach einer Woche keinen Fortschritt erzielt, so nützt auch die fernere Anwendung des Mittels nichts.

Aus zahlreichen Beobachtungen zieht Klink (**14**) folgende, die Angaben Lazansky's über die Methode der Jodoformbehandlung an der Klinik von Pick (s. d. Vierfelj. 1875 p. 275) bestätigende Schlüsse: Jodoform ist ein vortreffliches Verbandmittel gegen Schankergeschwüre, die, von einer dicken Zerfallmasse bedeckt, die Tendenz zum Tief- und Umsichgreifen zeigen und diphtheritischen oder phagedänischen Charakter darbieten; in solchen Fällen ist es nach dem Verfasser am entsprechendsten, reines Jodoformpulver anzuwenden.

Gegen gewöhnliche Schankergeschwüre und den sogenannten harten Schanker empfiehlt der Verf. eine Lösung von Jodoform (24 Gramm.) in Glycerin (100 Gramm.) und Spiritus (30 Gramm.). Dieselbe Lösung wandte der Vf. auch gegen Schankergeschwüre im Rectum, an der Vaginalportion und eiternde Bubonen mit nicht weniger gutem Erfolge an. Mit ebenso vortrefflichem Erfolge behandelte auf dieselbe Weise der Vf. Fälle, in denen der Eiter aus dem Präputium zersetzt war oder ein eitrig-schleimiges Secret bei der Balanoposthitis producirt wurde. Der Meinung des Vf. zufolge darf der Verband nicht häufiger als dreimal (auch dies scheint unnöthig. P.) täglich erneuert werden, mit Ausnahme sehr stark eiternder Geschwüre; er hat sich durch eigene Erfahrung, indem er absichtlich entsprechende Versuche anstellte, überzeugt, dass ein häufiger gewechselter Verband den Zustand der Geschwüre nur verschlimmere. Die Zeitdauer der Behandlung der Schankergeschwüre mit Jodoform ist nach dem Verf. von 4—33 Tagen, durchschnittlich somit 18 Tage.

15. **Baumgarten.** Riesenzellen bei Syphilis. (Centralbl. f. d. med. Wissensch. Nr. 45, 1876.)
16. **Browicz.** Ders. Gegenstand (ebenda Nr. 19, 1877).
17. **Baumgarten.** Ders. Gegenstand (ebenda Nr. 22, 1877).
18. **Keyes.** Der Einfluss kleiner Quecksilbermengen auf die rothen Blutkörperchen bei Syphilis. (Amer. Journ. of the med. sc. 1876.)
19. **Pirocchi.** Hyperchromia cutanea syphilitica. (Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle. 1875.)
20. **Dymnicki.** Referat über die im Schwefelbade Busk behandelten Krankheiten für das Jahr 1875. (Pamiętnik Tow. Lekarskiego II. Heft. 1876.)
21. **Amicis.** Ein Fall von Framboesia syphilitica des behaarten Kopfes, geheilt durch Sublimatinjectionen. (Neapel 1876.)

Trotzdem die Bildung der Riesenzellen durchaus nicht auf Tuberkel und tuberculöse Processe beschränkt ist, blieben doch diese Gebilde nach Baumgarten (**15**) wichtig als histologische Kriterien den Produkten der Syphilis gegenüber, welche häufig (Vf. erinnert nur an die Syphilis des Hodens und vorzugsweise des Gehirns) makroskopisch oft schwer oder gar nicht von den gleichartigen tuberculösen Neubildungen zu unterscheiden sind. Weder Virchow, Wagner, noch andere hervorragende Untersucher des Gumma (Syphiloma) haben angegeben, dass eigentliche Riesenzellen darin vorkommen. Zwar führt Alex. Jacobson an, dass diese Gebilde auch beim „Gumma" beobachtet seien, ohne indessen zu bemerken, auf welche Quelle er diese seine Mittheilung stützt.

Allerdings sind aus neuester Zeit einzelne Angaben betreffs der Anwesenheit von Riesenzellen innerhalb syphilitischer Krankheitsprodukte gemacht worden. Hierher gehört 1. die Mittheilung Bizzozero's, welcher Riesenzellen in einem syphilitischen Fussgeschwür beobachtete; die betreffende Kranke litt aber gleichzeitig an Tuberculose. Kurz danach veröffentlichte 2. Köster in seinem bekannten Aufsatz „Ueber locale Tuberculose", dass er Riesenzellen in einem syphilitischen Schanker der Nase und in einem vom Penis in zahlreichen wahrscheinlich syphilitischen Ulcerationen des Darmkanales angetroffen habe. Wie schon die Ueberschrift anzeigt, wurden aber hier die

Riesenzellen nicht als Antheile der syphilitischen Gewebswucherung betrachtet, sondern auf eine gleichzeitige „locale Tuberculose“ bezogen. Neuestens hat Griffini 2 Fälle von Lichen syphiliticus mikroskopisch untersucht und Riesenzellen dabei aufgefunden; auch hier sind dieselben an histologisch-echte submiliare Tuberkel gebunden.

Erwähnung verdient endlich noch eine Bekanntgebung von Heubner, welcher in einem Fall von sogenannter luetischer Erkrankung der Gehirnarterien reichliche Riesenzellen vorfand. Da aber diese „luetische“ Arterienaffection anatomisch vollkommen identisch ist mit der gewöhnlichen Arteriitis obliterans (siehe die Aufsätze von Friedländer und Baumgarten), bei welcher Riesenzellen ebenfalls vorkommen (Vf. selbst beobachtete einige Mal vielkernige Riesenzellen innerhalb der nach Unterbindung entstehenden Intimawucherung), so kann nach dem Vf. Heubner's Befund — vorläufig wenigstens — nicht recht für diesen Gegenstand verwerthet werden.

Das Vorhandensein typischer Riesenzellen ist nach Allem bis jetzt nur in der Hautsyphilis und in syphilitischen Ulcerationen constatirt worden, und auch da nur in sporadischen und theils zweideutigen, theils von den Autoren selbst auf (locale) Tuberculose bezogenen Beispielen, während dagegen für die eigentliche Gummigeschwulst, für die gummöse (syphilitische) Entzündung innerer Organe eine öffentliche Notiz über das Vorkommen typischer Riesenzellen darin nicht vorliegt.

Vf. hatte nun Gelegenheit, einen aus bestimmten anderen Gründen exstirpirten syphilitischen Hoden frisch und genau zu untersuchen; der Process war noch in dem frühesten Stadium, Verkäsung nur hie und da eingetreten u. s. w. Innerhalb der syphilitischen Infiltrate lagen nun schönste Riesenzellen, genau nach Langhans Beschreibung in reichlichster Menge. Vf. zählte oft 12 bis 16 in einem Gesichtsfeld.

Der Vf. untersuchte zunächst ein noch vorhandenes Präparat der mikroskopischen Sammlung mit der Etiquette: gummöse Orchitis. Vf. fand die Riesenzellen — wenn auch spärlich — auf den ersten Schnitten. Sodann unterzog er sechs, meist gut conservirte, Fälle von den makroskopischen Spirituspräparaten der Sammlung, welche mit „Gummiknoten, gummöse Orchitis, syphilitische interstitielle Orchitis“ bezeichnet waren. Unter diesen sechs Fällen fand er in dreien die Riesenzellen in prägnanter zweifelloser Formation, oft recht reichlich — wenn auch nie so reichlich wie in Fall 1.

Ueber Syphilome anderer innerer Organe waren dem Verf. frische Präparate damals nicht zur Hand.

Nach Browicz (**16**) finden sich ausser den von Baumgarten in dieser Richtung untersuchten Fällen von syphilitischer Orchitis noch die von Brodowski in seinem Artikel: »Ueber den Ursprung sogen. Riesenzellen und über Tuberkeln im Allgemeinen« (Virchow's Arch. LXIII. S. 128) erwähnten zwei Fälle, ein Fall syphilitischer Entartung der Bronchien (Denkschriften des Warschauer ärztl. Vereins. 1876, 1. Hft, S. 17) und ein zweiter derselben Entartung des Herzmuskels, in welch letzterem disseminirte weissgraue oder weissgelbe, ziemlich feste Infiltrationen sich vorfanden, die aus Granulationsgewebe und hier und da zerstreuten Riesenzellen bestanden.

B. hatte nun Gelegenheit zwei frische Fälle von Gummibildungen innerer Organe zu untersuchen. In beiden Fällen befanden sich mitten im Granulationsgewebe exquisite Riesenzellen.

Im ersten Falle, der ein Frauenzimmer von 40 Jahren betrifft, die einer ausgedehnten linksseitigen Pneumonie erlag, fanden sich ausser Narben an den äusseren Geschlechtstheilen und einer diffusen, interstitiellen Leberentzündung mitten im Muskelgewebe der vorderen Wand der rechten Herzvorkammer drei erbsen- bis bohnengrosse, ziemlich feste, gegen das Muskelgewebe scharf umschriebene Knoten, auf deren Schnittfläche mitten im grauröthlichen Gewebe einzelne stecknadelkopfgrosse, weissgelbe Stellen bemerkbar waren. Endocardium an dieser Stelle verdickt, weisslich getrübt.

Der zweite Fall betrifft ebenfalls ein Frauenzimmer von 45 Jahren, das in Folge von Larynxstenose an acutem Lungenödem verschied. Die anamnestischen Daten wiesen auf Syphilis hin. Ausser Narben am rechten Unterschenkel, die fest mit dem Schienbein verwachsen waren, einer strahligen Narbe in der Haut des rechten Vorderarms und an der linken Thoraxseite, fand sich im Larynx im submucösen Gewebe des rechten unteren Stimmbandes ein scharf umschriebener, bohnengrosser Knoten, der sich gegen den Ringknorpel und die hintere Wand vorschob und die Kehlkopfhöhle vorbauchte. Der Morgagni'sche Ventrikel war fast völlig verstrichen, die Stimmritze verengt. Die darüberstreichende Schleimhaut unterschied sich makroskopisch in nichts von der die übrigen Kehlkopftheile überkleidenden, die Oberfläche gar nicht ulcerirt. Die Geschwulst, von ziemlich fester Con-

sistenz, bestand aus einem grauröthlichen Gewebe und zeigte in der Mitte käsigen Zerfall.

Die histologischen Details boten ausser den erwähnten Riesenzellen, welche im ersten Falle zahlreicher, an manchen Stellen zwei oder drei beisammen, durch schmale Züge von Zwischengewebe geschieden, im zweiten nur vereinzelt vorhanden waren, nichts besonderes dar. Das Gewebe bestand vorzugsweise aus Rundzellen, die theils einzeln, theils in Gruppen mitten zwischen feinen Bindegewebsfasern gelagert waren. An manchen Stellen, besonders in den Randpartien fanden sich Spindelzellen, besonders um Gefässe herum. Die weissgelben Stellen im ersten Falle wie auch die centrale Masse im Larynxknoten bestanden aus feinkörniger Masse, in der nur vereinzelte Kerne zu unterscheiden waren.

In einem Falle eines primären syphilitischen Geschwürs des oberen Augenlides, von dem Vf. ein aus der Randpartie exstirpirtes Stück zu untersuchen Gelegenheit hatte, hat er dagegen vergeblich nach Riesenzellen gesucht. (Es entspricht diess auch dem Befunde von Auspitz und Unna. diese Viertelj. I. u. II. H. 1877, an der Initialsclerose. A.)

Im Anschluss an seine frühere und an die denselben Gegenstand betreffende Publication von Browicz theilt Baumgarten (**17**) weiter mit, dass er seither Gelegenheit hatte, charakteristische Riesenzellen in folgenden zweifellos syphilitischen Bildungen aufzufinden: 1. in gummösen Knötchen der Leber, 2. in Gummositäten der Dura mater, 3. in einem Fall von Hirnarteriensyphilis, der weder mit Tumor noch Meningitis complicirt war und der zugleich das erste ihm bekannte Beispiel von isolirter Erkrankung der Gehirnarterien darstelle, wo die anatomisch-charakteristischen Erscheinungen der syphilitischen Processe nachgewiesen wurden. Die Riesenzellen lagen hier in grösster Reichlichkeit innerhalb des von unregelmässigen Herden trüber käsiger Zerfallsmassen durchsetzten Granulationsgewebes der Adventitia und Media; die Intima-Neubildung zeigte weder Verkäsung noch Riesenzellen.

Ausserdem beobachtete Verf. zahlreiche Riesenzellen mit wandständigen Kernen in einer höchst wahrscheinlich syphilitischen Geschwulst der Tibia; die erwähnten Gebilde befanden sich hier theils in diffuser Anordnung inmitten von Granulationsgewebe, theils hielten

sie sich an die Centren von mehr oder minder scharfbegrenzten, knötchenförmigen Herden kleinzelliger Wucherung; Verkäsung war nirgends sichtbar.

Keyes behandelte (**18**) Fälle von Lues mit kleinen Gaben Quecksilber mindestens zwei Jahre hindurch, um deren Einfluss auf das Blut zu studiren, wie dies schon früher Wilbonchewitsch (vgl. d. Viertelj. 1875 p. 391) gethan hat. Zur Zählung der Blutkörperchen bedient er sich des Hématimeters von Hayem und Nachet. Er fand bei erwachsenen Männern im gesunden Zustande 5 Millionen rother Blutkörperchen in dem Cubikmillimeter Blut. Anämie ergab selten weniger als 3 Mill., während besonders günstige Lebensbedingungen über 6 Mill. ergaben. Mercur in grossen Dosen setzte die Zahl beträchtlich herunter, um 1 Mill. und mehr. Syphilis vermindert die Zahl der rothen Blutkörperchen, während kleine Dosen Mercur sie erhöhen und dauernd auf hoher Stufe erhalten. Ebenso Mercur mit Jodgebrauch zusammen. Das Körpergewicht bei Thieren wird durch kleine Gaben Mercur erhöht (dies hatte schon Liégeois nachgewiesen. A.) — durch grosse Gaben herabgesetzt. Auch bei gesunden Menschen ist Merkur in kleinen Gaben ein Tonicum und vermehrt die Anzahl der rothen Blutkörperchen.

Tanturri hatte als »Pigment-Syphilis mit gelbem Grunde« ein Fleckenexanthem bezeichnet, welches nicht juckt, keine kleienförmige Abschilferung besitzt und an verschiedenen, meist beiderseits symmetrisch situirten Körperstellen sich vorfindet. Einen solchen Fall beobachtete Pirocchi (**19**) an einem 30jähr. Manne, bei welchem etwa 4 Jahre nach primärer Affection Efflorescenzen auftraten, welche Gyri von 6—7 Cm. bildeten; ihre Ränder sind dunkler, ihre Centren lichter und ihre Färbung wird vom Fingerdrucke und Hautreizen (z. B. Kälte) nicht beeinflusst. Auch die Haare, welche diesen Flecken aufsitzen, sind dunkler. Während Jod und andere Antisyphilitica die sonst vorhandenen Symptome der Syphilis zum Schwinden bringen, sind sie ohne Einfluss auf dieses Exanthem. Subcutane Injectionen mit einer Arseniklösung in der Nachbarschaft der Efflorescenzen beseitigten dieselben in dem von P. mitgetheilten Falle. Man hat es nach dem Vf. in solchen Fällen mit einer Vermehrung des Pigmentes in jenem Stratum, in welchem gewöhnlich das Pigment sitzt, also in den tieferen Schichten

des Malpighischen Netzes zu thun. Die Unempfindlichkeit, der Mangel kleienförmiger Abschuppung, Glätte und Farbe lassen andere ähnliche Leiden (Pityriasis versicolor, Melasma etc.) ausschliessen. Pilze sind mikroskopisch nicht nachweisbar.

Die Vertheilung der Flecke ist nach der Anschauung des Vf. im Nexus mit der Verästelung der betreffenden Hautnerven (? A.). Es ist nach P. nicht unwahrscheinlich, dass derjenige Theil des Nervensystems, welcher dem chromogenen, an zelligen Elementen so reichen Apparat der Haut vorsteht, unter gewissen disponirenden Umständen eine Vermehrung in der Production oder eine Veränderung der Qualität des Pigmentes in einzelnen Bezirken der allgemeinen Decke herbeiführt. Es ist noch zu bemerken, dass das in Rede stehende Exanthem in der Periode der Spätformen auftritt, in welcher die Cachexie deutlich ausgeprägt ist, wodurch sich die Langsamkeit in der Entwicklung und Rückbildung erklärt. Nur ausnahmsweise entwickelt sich die Hyperchrom. syph. rasch und frühzeitig.

Auch bei Syph. congenita kann man häufig beim Auftreten der Krankheit linsengrosse, blasse oder gelbliche, auch bräunliche Flecke auf der Haut beobachten, die durch Pigment erzeugt werden und unter Fingerdruck nicht schwinden. (Sollte diese Pigmentirung nicht mit abgelaufener Roseola in Beziehung stehen? A.)

Einem Referat von Dymnicki (**20**) entnehmen wir die Beschreibung eines bei der Syphilis selten angetroffenen Ausschlages, von Fournier »Syphilide pityriasiforme« genannt. Der Verf. beobachtete zwei hier einschlägige Fälle; einen von ihnen beschreibt er genauer. Der Ausschlag war über den Hals, die Brust und den Rücken ausgebreitet. Beim ersten Blick erschien diese ganze Fläche gleichartig schmutziggelb gefärbt; bei näherer Einsicht zeigte sich, dass diese gefärbte Fläche durch zahlreiche weissliche Streifchen in eine grosse Anzahl disseminirter Flecke von verschiedener Form, von der Grösse eines Kreuzers bis zu der einer Handfläche getheilt war. Die Flecke fühlten sich trocken und uneben an; ihre Oberfläche war bedeckt mit kleinen gelblichen Schüppchen, die erst unter der Loupe deutlicher hervortraten. Der Patient klagte nicht über Jucken. Im Verlaufe von 2 Jahren konnte er trotz verschiedener örtlich angewandter Mittel den Ausschlag nicht los werden. Man sah denselben als Pityriasis versicolor an und hatte kein Quecksilber verordnet. Von anderen Symptomen der Syphilis

bot der Kranke geschwellte Lymphdrüsen dar. Es wurden dem Kranken Frictionen von grauer Salbe verordnet und nach 20 Einreibungen verschwanden die Flecke vollständig. In dem anderen Falle bestand die Verschiedenheit nur darin, dass die Abgrenzung der Flecke viel deutlicher hervortrat und letztere aschgrau mit Uebergang ins gelbliche gefärbt waren; dadurch, dass sie die Grösse der Handflächen erreichten, unterschieden sie sich von der Roseola serotina. Klink.

Nachdem Amicis (**21**) mit Zuhilfenahme der einschlägigen Literatur genau festgestellt hat, was unter Framboesia syphilitica zu verstehen ist, führt er einen in seiner Behandlung gestandenen Fall an, in welchem die specifische Neubildung aus theils confluirenden, theils isolirt stehenden, jedoch fast den ganzen behaarten Kopf einnehmenden Plaques bestand. Die Behandlung, der er die damit behaftete 23 Jahre alte, sonst gesunde Frau unterzog, war eine allgemeine mit Sublimatinjectionen, ohne irgend eine locale Medication anzuwenden. Die Lösung, die injicirt wurde, bestand aus 1 Th. Sublimat auf 100 Th. Wasser und zwar wurde mit einer halben Spritze angefangen und gradatim bis auf eine ganze Spritze erhöht. Im Ganzen wurden 31 Injectionen gemacht und erst in den letzten Tagen, als über die ausserordentliche Wirksamkeit der Behandlung kein Zweifel mehr obwalten konnte, wurde, um die Heilung zu beschleunigen, die Neubildung einigemal mit Jodtinctur bepinselt. Schiff.

22. Wewer. Ueber das Vorkommen des Milztumors bei frischer syphilitischer Infection. (Deutsches Arch. f. klin. Med. 4. u. 5. Heft, 1876.)

23. Martineau. Acute syphilitische Leberscirrhose. (Union méd. 108, 1875.)

24. Coupland. Eingeweide-Syphilis bei einem Kinde. (Brit. med. Journ. 23. Oct. 1875.)

25. Henoch. Ueber Syphilis der Hoden bei kleinen Kindern. (D. Zeitschr. f. prakt. Med. Nr. 11, 1877.)

26. Keyes. Syphilis der Schleimbeutel. (Amer. Journ. N. S. V. 142, Apr. 1876. — Amer. Arch. of. Dermat. Jan. 1877.)

27. Voisin. Beitrag zur Lehre von den syphilitischen Gelenksaffectionen. (Broch. Paris 1875).

28. Vaffier. Ueber den syphilitischen Rheumatismus. (Broch. Paris 1875.)

29. Galassi. Dactylitis syphilitica. (Gior. It. delle mal. Ven. e delle Pelle. Aug. 1876.)

30. Mac Swiney. Ein Fall syphilitischer Phthise. (Dubl. Journ. etc. LX. S. 456. Ctlbl. f. d. med. W. Nr. 17, 1877.)

Wewer hat (**22**) auf die Angaben Weil's (vgl. d. Viertelj. 1875, pag. 362) gestützt, 326 Männer, von denen 132 an Tripper, 58 an Ulcus molle, 79 an constitutioneller Syphilis und die übrigen an Bubonen etc. litten, auf Milzanschwellungen geprüft. Die Untersuchungen fanden nach der von Weil beschriebenen Methode statt. Die Breite des Organes in der Axillarlinie gemessen wurde als normal 7 Ctm. angenommen, während nach vorne die Normallinie an die Costoarticulationslinie (gezogen vom Sternoclaviculargelenke bis zur Spitze der 11. Rippe) fällt. Ueberragt das Organ diese Linie nach vorne dem Rippenbogen zu, dann ist es als in seiner Länge vergrössert angenommen. Unter den oben angeführten 79 Fällen fanden sich 6 exquisit ausgeprägte Fälle von Milztumoren bei frischer syphilitischer Infection. Seine Beobachtungen resumiren sich in folgenden Punkten:

1. Der Milztumor wurde constatirt bei Individuen, welche an constitutioneller Syphilis erkrankt waren und bei denen andere Ursachen, die eine Milzvergrösserung hätten bedingen können, ausgeschlossen bleiben mussten. Bei anderen an Ulcus molle, Blennorrhöe etc. Erkrankten, so gross auch die Zahl der Untersuchten war, wurde eine Milzvergrösserung nicht constatirt.

2. 7·5 % der an constitutioneller Syphilis Erkrankten zeigten einen deutlich nachweisbaren Milztumor, ein Percentsatz, der sich wohl höher stellen dürfte, weil kleinere Milzvergrösserungen oft der Untersuchung nicht zugänglich sind und nicht constatirt werden können.

3. Dieser Percentsatz sowie die Thatsache, dass unter Anwendung der antisyphilitischen Kur der Tumor zugleich mit den anderen Symptomen sich zurückbildete, verdient deshalb eine um so grössere Beachtung, weil man dadurch nicht allein berechtigt ist, einen Causalnexus zwischen Milztumor und constitutioneller Syphilis anzunehmen, sondern den Milztumor selbst als ein Symptom der constitutionellen Syphilis anzusehen.

4. Der Tumor bietet einen unschätzbaren Anhaltspunkt bei der Handhabung der Therapie. Er fordert uns nicht nur auf, die anti-

syphilitische Behandlung bis zu seiner Rückbildung fortzusetzen, sondern er kann uns auch bei sogenannten lymphatischen Individuen, bei welchen eine Lymphdrüsenschwellung, die unabhängig von einer syphilitischen Infection schon Jahre lang, vielleicht schon seit der Kindheit bestanden hat, eine Verwendung bei der Beurtheilung einer syphilitischen Behandlung nicht finden kann, die Aussetzung der Kur heissen, sobald er sich trotz Fortbestehens der Lymphdrüsenanschwellungen zurückgebildet hat.

5. Kleinere Mengen von Mercur, dem Organismus einverleibt, halten die Wirkung des syphilitischen Giftes nicht auf, sondern zur vollständigen Paralysirung desselben sind grössere Mengen nöthig, denn in einzelnen Fällen sehen wir trotz der bereits angefangenen Mercurialbehandlung die Milzvergrösserung fortschreiten, sodann eine Zeit lang auf dem Höhepunkte stehen bleiben und dann endlich der Behandlung weichen.

6. In den Fällen von constitutioneller Syphilis, bei denen ein Milztumor vorkam, wurde kein ungewöhnlicher Verlauf der Syphilis, auf den die Anschwellung hätte zurückgeführt werden können, beobachtet.

Was die Zeit der Erkrankung, in welcher der Tumor einzutreten pflegt, anlangt, so ist sie bei einzelnen Fällen verschieden. In drei Fällen schwankte sie zwischen 8 und 12 Wochen nach der Infection, in anderen drei Fällen liess sich die Zeit nicht genau feststellen. Der Tumor währte 4—9 Wochen. Unter antisyphilitischer Behandlung, wenn eine genügende Menge Mercur (in der Regel genügten 30 Einreibungen à 2 Gramm Ungt. hydrargyri cinereum) einverleibt war, bildete sich dasselbe zur Norm zurück.

Eine 28jährige Frau, welche wohl keine deutlichen syphilitischen Symptome zeigte, aber frühere Infection zugestand, starb nach einer Krankengeschichte von Martineau (**23**) an Erscheinungen der Leberscirrhose, Ascites. Die Autopsie ergab eine gleichförmige, glatte Oberfläche und lederartige Färbung der Leber, ferner ein hartes elastisches Gewebe. Um die gelben Inselchen von Lebersubstanz graue, durchscheinende, unregelmässige Linien (Bindegewebshypertrophie). Der histologische Befund jener bei Scirrhose; das neugebildete Bindegewebe wegen der kurzen Dauer der Krankheit auf embryonalem Standpunkte.

Coupland demonstrirte (**24**) in der Pathol. Society in London die Eingeweide eines 3monatlichen Kindes mit Eingeweide-Syphilis. An der Leber zeigte sich ein grosser gelblicher halbdurchscheinender Tumor, welcher fast den ganzen linken Lappen einnahm. Kleinere solche isolirte Geschwülste waren in der übrigen Lebersubstanz zerstreut. Das Herz war von viereckiger Gestalt in Folge von Hypertrophie des linken Ventrikels und Ausbuchtung des Septums gegen den rechten Ventrikel. Die Herzwand gelblich, durchsetzt von Gummata. Zwischen den Muskelfasern und um die Coronargefässe reichliche Zellenwucherung. Auch in der Substanz der rechten Lunge ein Gumma.

Henoch beobachtete (**25**) 7 Fälle von Hodenerkrankung bei infantiler Lues. Die Kinder waren 3 Monat bis $2^1/_2$ Jahr alt; beide Hoden waren 4 Mal, der linke 3 Mal befallen. Die Hodentuberculose, von welcher H. 4 Fälle sah, zeigte stets auf den Nebenhoden beschränkte, harte, knotige Anschwellung, war stets mit Lungentuberculose oder käsigen Knochenentzündungen vergesellschaftet, während Symptome von Lues stets fehlten. In einem Fälle, welcher einem Brechdurchfalle erlag, fand sich eine ausgedehnte interstitielle Bindegewebshypertrophie, welche im Corp. Highmori am stärksten war.

Keyes gibt (**26**) einen Abriss der Veränderungen der Schleimbeutel in Folge von Syphilis. Im ersten Stadium der Syphilis trete bisweilen Congestion in Gestalt fester, selbst harter Geschwülste mit oder ohne Ausschwitzung auf, begleitet von Schmerz. Am häufigsten werden die Schleimbeutel über den Knien betroffen. Der Verlauf einer tertiär syphilitischen Entzündung oder Infiltration der Schleimbeutel ist nach dem Vf. ein chronischer ohne markante Erscheinungen, so lange nicht Ulceration des Integuments eintritt und Schmerz und Bewegungsbeschwerden bedingt. Die syphilitische Erkrankung der Bursae muc. genu tritt bei Weibern der niederen Classe aus begreiflichen Gründen häufig auf. In 12 von Keyes beobachteten Fällen waren die Knieschleimbeutel 8 Mal ergriffen, und zwar jene über der Patella, doppelseitig 3 Mal, einseitig 1 Mal; jener über der Tuberositas tibiae 1 Mal; jener zwischen der Insertion des Semitendinosus und des seitlichen Kniebandes doppelseitig 2 Mal, einzeln 1 Mal. In den andern 4 Fällen war die Bursitis nur auf einer Seite vorhanden; 1 Mal über dem Malleolus, 1 Mal unter einem Hühnerauge,

1 Mal am Handteller und 1 Mal über dem Olecranon. Das durchschnittliche Alter der Kranken war 35 Jahre. Gemischte Behandlung erwies sich schnell nützlich.

Nach einer Brochure von Voisin (27) zeichnen sich syphilitische Gelenksleiden dadurch aus, dass sie in verschiedenen Stadien der Krankheit auftreten können, anfangs als blosse ziehende Schmerzen, an deren Stelle im zweiten Stadium wirkliche Entzündungsherde gewöhnlich mehrfach und zwar acut oder subacut in Form von Arthritis oder Hydrarthrose treten. In der tertiären Periode endlich sind die Gelenksleiden wesentlich chronisch und ähneln den tumores albi. Alle Variationen der Gelenksaffectionen schwinden bei frühzeitiger specifischer Behandlung.

Nach Vaffier's Angaben (28) sollen bei Syphilis rheumatoide Schmerzen in China und Japan häufiger vorkommen als an anderen Orten, ja fast in jedem Falle von Syphilis im secundären Stadium.

Vf. behauptet, dass diese Rheumaform sich sowohl vom echten Rheumatismus als von der blennorrhagischen Form wohl unterscheiden lasse und auf specifische Behandlung leicht zur Heilung gebracht werde.

Ein Fall von Dactylitis syphil., welchen Galassi (29) aus der Klinik Gamberini's in Bologna berichtet, unterscheidet sich von den in der Literatur vorkommenden Fällen — von Billroth, van Oordt, Bergh, Nélaton, O'Ready, R. W. Taylor u. A. — nur durch die Thatsache, dass eine auf das Dreifache geschwollene erste Phalanx bei einem Erwachsenen in 3 Wochen nach dem Gebrauche von Jodnatrium vollständig zur Norm zurückgekehrt ist. (Dass hier keine Knochenerkrankung vorlag, versteht sich von selbst. A.)

Mac Swiney theilt (30) die Krankengeschichte eines Falles mit, bei welchem die Diagnose auf ulceröse Lungensyphilis intra vitam mit grosser Sicherheit gestellt werden konnte. — Ein ungewöhnlich kräftiger Mann, welcher aus gesunder Familie stammte, inficirte sich und seine Frau 4 Jahre nach seiner Heirath. Während die Kinder, die vor dieser Zeit geboren wurden, äusserst kräftig waren, kamen alle übrigen todtfaul zur Welt. Er selbst bekam die gewöhnlichen leichten Formen von Haut- und Schleimhautaffectionen, denen bald Knochen-

schmerzen nachfolgten. Diese Affectionen gingen indess bei geeigneter Behandlung bald vorüber, und es erfolgte eine Jahre lange Periode relativen Wohlbefindens. Darauf bekam er eine Ozaena und Otitis specifica, welche hochgradige Knochenzerstörungen anrichteten. Er kam in seiner Ernährung sehr zurück und wurde hochgradig anämisch. Sehr bald stellte sich ein quälender Husten ein, welcher mit Brustschmerzen verbunden war — keine Haemoptoë. Seine Kräfte nahmen rapid ab, und er suchte ein Krankenhaus auf, wo Vf. in der linken Seite des Pat. ein Infiltrat mit Höhlenbildung nachweisen konnte. Ausserdem constatirte er Amyloiddegeneration der Nieren und syphilitische Veränderungen der Leber. Bei dem Gebrauch von Quecksiber trat eine rapide Besserung ein, so dass Pat. nach 3 Wochen die Anstalt verliess. Trotz dieser vorübergehenden Besserung erfolgte der Tod nach 6 Wochen. Die Autopsie konnte nicht gemacht werden.

31. Baumgarten, Heubner. Zur Hirnarterien-Syphilis. (Arch. d. Heilk. XVI. 5 u. 6. 1875.)

32. Broadbent. Erläuterungen zur Gehirnsyphilis. (Lancet, 25. Nov., 2. u. 9. Dec. 1876.)

33. Dreschfeld. Ein Fall von Gehirnsyphilis. (Lancet, 24. Febr. 1877.)

34. Bristowe. Ein Fall von wahrscheinlicher Syphilis des Gehirns und der Blutgefässe der oberen Gliedmassen. (Med. Times, 10. Febr. 1877.)

35. Mercier. Gehirnsyphilis mit Coma. (Arch. géner. de Médic. Mai 1876.)

36. Duffin. Ein Fall von multipler syphil. Paralyse. (Medical Times Nr. 1342, 1876.)

37. Déjérine. Muskelatrophie und Paraplegie in einem Falle von früher Syphilis maligna. (Arch. de physiolog. S. 430 1876.)

38. Schott. Veränderungen des Opticus bei Syphilis. (Arch. f. Augen und Ohrenheilk. V. S. 409, 1876. Centralbl. f. d. med. W. Nr. 17, 1877.)

39. H. Dietlen. Casuistische Beiträge zur Syphilidologie des Auges. (Diss. Erlangen 1876. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1877, Nr. 6.)

40. Laszkiewicz. Tarsitis gummosa. (Przegląd lek. krakowski, Nr. 3, 1876.)

Baumgarten hat einen Fall von zweifelloser Gehirnsyphilis (**31**) bei einem 28jährigen Manne, der 2 Jahre nach einer Initial-Sclerose unter Lähmungserscheinungen gestorben war, der Autopsie unterzogen und im Gehirn die von Heubner beschriebene luetische Arteriendegeneration (Fettdegeneration der Kerne in der Capillaradventitia, Obturation oder Verengerung einzelner Strecken der Arterien des Circulus Willisii mit Verdickung der Gefässwände) gefunden. Er ist jedoch im Gegensatze zu Heubner der Ansicht, dass die Erkrankung nicht von der Intima, sondern von der Adventitia ausgehe, angeregt von dem durch die inficirte Lymphflüssigkeit gesetzten Reize. Hiezu macht Heubner einige Bemerkungen, dahin gehend, dass der ihm zugeschriebene Gang der Erkrankung von der Intima aus von ihm nicht als sichergestellt betrachtet worden sei, sondern dass er nur die gegentheilige Ansicht, das Fortschreiten von der primär erkrankten Adventitia her, als eine erst zu beweisende angesehen habe und auch gegenwärtig trotz der Baumgarten'schen Beobachtung noch ansehe.

Broadbent stellt (**32**) 10 Fälle von Gehirnsyphilis zusammen, die er einzeln bespricht, deren post mortem - Befund freilich, da sie sämmtlich geheilt wurden (? A.), nicht beigebracht wird. Der Verf. weist darauf hin, dass die Hirnsyphilis bis 40 Jahre nach der Initialläsion auftreten könne und hält im Allgemeinen den Gebrauch von Jod und Quecksilber für sehr erfolgreich.

Ein Fall von Gehirnsyphilis, den Dreschfeld (**33**) beschreibt, ist nach diesem Beobachter geeignet, die experimentellen Angaben Ferrier's über die Localisation der Gehirnfunctionen zu stützen. Ein 28jähr. Mann, seit 9 Jahren syphilitisch (seine Frau abortirte 7 Mal), bekam October 1874 Krämpfe der linken Hand und des linken Vorderarmes, nachdem einige Monate vorher (im April) Kinnbackenkrämpfe (rechts) und Steifigkeit der rechten Extremitäten vorausgegangen waren.

Während der Krampfanfälle der linken oberen Extremität trat Bewusstlosigkeit ein. Unter Hg- und Jodbehandlung besserten sich die epileptischen Anfälle, doch blieben klonische Spasmen ohne Bewusstlosigkeit mit einer Aura zurück.

Im September 1876 starb der Kranke im Spitale an Lungenschwindsucht. Die Erscheinungen während des Lebens hatten, wie der Verf. betont, vollkommen denjenigen entsprochen, welche Ferrier als Folge von Reizung der aufsteigenden parietalen und supramarginalen Gehirnwindungen bei Hunden und Affen angibt. (Siehe. Proceed. of Roy. Soc. 23. Bd. p. 410 und das jüngst erschienene Werk Ferrier's: Die Gehirnfunctionen. Ref.) Die Diagnose wurde daher auf chronische Entzündung der convexen Gehirnoberfläche und zwar der oben genannten Windungen rechts gestellt.

Sectionsbefund. Feste Adhäsion der verdickten Dura mater, Arachnoidea und Pia an der Corticalis rechts auf umschriebener Stelle, welche den angegebenen Windungen entsprach; die Rindensubstanz daselbst oberflächlich erweicht; das übrige Gehirn gesund.

Bristowe constatirte (**34**) bei einem 42jährigen Manne, der früher an syphilitischem Primäraffect, dann seit 2 Jahren an Lebercirrhose, Kopfschmerz und Schwindel gelitten hatte, eine Parese der rechten Extremitäten, Verminderung der Sensibilität und Aphasie. An beiden Armen fand er aber überdies totalen Mangel der Arterienpulsation, ohne dass Ernährungsstörung oder Temperaturherabsetzung der Extremität vorhanden war. Der Puls der Carotiden war beiderseits schwach. Dazu kam später Atrophie des linken Sehnerven.

Die Diagnose lautete auf syphilitische Erkrankung linksseitiger Cerebralnerven mit Bildung von Erweichungsherden im Gehirn. Der Verlauf des Falles ist nicht abgeschlossen.

Mercier berichtet (**35**) über einen Fall von Gehirnsyphilis bei einem im bewusstlosen Zustande in das Hôtel Dieu aufgenommenen 33jährigen Manne, 3 Jahre nach dem primären Schanker, welchem Roseola, Papeln, dann Knochenschmerzen gefolgt waren. Es stellte sich 7 Wochen vor der Aufnahme Kopfschmerz, Denkschwäche, Sehtrübung und plötzlich Coma ein, aber weder Lähmungen, noch Sensibilitätsstörungen. Drei Tage nach Anwendung einer antisyphilitischen Behandlung kehrte das Bewusstsein wieder, doch hatten sich mittlerweile epileptiforme Krämpfe entwickelt. Nach 7 Wochen war der Kranke so weit hergestellt, dass er das Spital verlassen konnte, die Sprache war nur noch langsam, das Sehvermögen bedeutend gebessert, so dass er Farben unterschied.

Duffin beschreibt (**36**) folgenden Fall:

Ein 33 Jahre alter Mann hatte sich vor 10 Jahren inficirt. Von secundären Symptomen sind ihm nur Zungengeschwüre erinnerlich, die $2^1/_2$ Jahre nach der Infection auftraten. Er zeugte 3 gesunde Kinder. Einige Wochen vor seinem ersten Nervenanfalle erkrankte er an Polyurie, welche für ein Symptom von Diabetes insipidus gehalten wurde, derentwegen er ein Seebad aufsuchte. Daselbst wurde plötzlich sein Gesicht rechts verzogen und die Nahrung blieb zwischen der linken Backe und dem Kiefer liegen. Im August 1874 wurde linksseitige Paralysis facialis diagnosticirt. Im März 1875 war das Vorwärtsneigen des Kopfes erschwert. Die Bewegungen des linken Armes wurden unbeholfen. Einige Wochen später stechende Schmerzen und Ameisenlaufen in der unteren Hälfte des Abdomen und Schmerz im Rückgrat. Im Mai Taubheit und Lähmung in der rechten, später in der linken unteren Extremität, schliesslich Lähmung beider mit gleichzeitigem Unvermögen des Harnlassens und Stuhlabsetzens. Dann trat Ptosis des rechten Augenlides auf. Die Sensibilität war mit Ausnahme einer kleinen Partie auf der Innenseite des rechten Schenkels (Gebiet des nerv. genito-crur.) an beiden unteren Extremitäten erloschen. Ueber dem Scrotum und Hypogastrium war die Empfindung namhaft vermindert. Das Gefühl des Gürtels hatte der Kranke nicht, aber ein Gefühl von Druck und Völle im Unterleibe, heiss und kalt konnte an den Extremitäten empfunden werden. Die Musculatur an den gelähmten Extremitäten war schlaff. Urin ammoniakalisch von starkem Blasenkatarrh. Nächtliche heftige Schmerzen in der Gegend des Lumbalplexus. Doppelsehen. Obwohl Facialislähmung vorhanden war, zeigte sich doch der weiche Gaumen nicht ergriffen. In der horizontalen Lage sah man die linke Schulter tiefer stehend, Schlaffheit des Trapezius und Sternocleidom. dieser Seite. Starke Beugung des Kopfes konnte nur mit Mühe ausgeführt werden. Beugung des nach rechts gedrehten Kopfes war (wegen Functionsunfähigkeit des linken Kopfnickers) unmöglich. Bei forcirter Inspiration wirkten die Scaleni regelmässig. Achselzucken war links nicht gut ausführbar. Bei adducirtem Arme reichte die linke Schulter mehr nach vorne und die betreffende Scapula war eine wahre alata.

Aus diesem Befunde schloss man, dass an der Hirnbasis in der Gegend des Foramen lacerum ein Druck auf die Nerven, welche der Muskelaction und Sensibilität in den ergriffenen Theilen vorstehen, ausgeübt werde.

Die Therapie bestand in ausgiebiger Anwendung des Jodkalium (15 — 20 Gran pro die), daneben Chinin und Ammonium benzoicum wegen des Blasenkatarrhs. Ausserdem wurde die Blase fleissig mit angesäuertem Wasser ausgewaschen. Binnen einer Woche schwand der Schmerz und die Empfindlichkeit. Am 16. Tage liess die Ptosis palpebrae nach. Der Urin war sauer geworden. Im Beginne der 4. Woche der Behandlung zeigte sich an den unteren Extremitäten Empfindung und Reflexaction, welche früher gefehlt hatte. Auch konnte der Kranke das linge Auge complet schliessen. In der 7. Woche hatten sich Empfindung und Motilität der unteren Extremitäten auffällig gebessert, ebenso die Bewegungen der linken Schulter und der Musculatur der linken Gesichtshälfte. Nach 4 Monaten konnte der Kranke mit Hilfe eines Stockes einen weiten Marsch machen.

In einem Falle von Déjérine (**37**) entstand bei einer syphilitisch inficirten Frau allmälig eine Paraplegie, welche bald vollkommen wurde und von einer Atrophie der gelähmten Muskeln und Schmerzen in denselben begleitet war. Die Haut zeigte keine Ernährungsstörungen, dagegen waren die Sphincteren gelähmt. Der Obductionsbefund zeigte Befallensein des Lendenmarks nur in den grauen Vordersäulen: hier hatten die grossen motorischen Ganglienzellen durch Schrumpfung ihre Fortsätze verloren, waren pigmentreicher, zeigten Vacuolenbildung und waren überhaupt an Zahl vermindert: irgend welche Zeichen einer Entzündung der grauen Substanz fehlten vollkommen: es handelte sich in der That um eine genuine, primäre Ganglienzellenaffection. Die motorischen Nervenwurzeln sowie die Stämme zeigten die bekannten Degenerationszeichen: die Muskeln waren einfach atrophirt, ohne fettig degenerirt zu sein. Die Erscheinungen von Seiten des Centralnervensystems waren mit ulcerativen Processen auf der Haut schon relativ sehr früh (einige Monate) nach der Primärinfection aufgetreten: es ist möglich, dass die der acuten spinalen Lähmung der Erwachsenen ähnliche Affection in diesem Falle durch die schwere (syphilitische) Allgemeinaffection in ihrem Entstehen begünstigt worden ist.

Bei einem 26jährigen weiblichen syphilitischen Individuum fand sich nach Schott (**38**) ausser einer Schwellung des Gehirns, besonders der Markmasse der rechten Hemisphäre, der rechte Sehnerv um mehr als das Doppelte verdickt, und zwar vom Chiasma, dessen

rechte Hälfte gleichfalls geschwollen ist, in abnehmender Weise bis zum Foramen opticum. Mikroskopisch war eine auffällige Verbreiterung des interstitiellen Bindegewebes in Folge von Infiltration mit dichtgedrängten kleinen Zellen vorhanden, die Nervenfasern aber intact; ebenso war im Chiasma und im rechten Tractus opticus eine auffällige Vermehrung und Vergrösserung der Zellen der Neuroglia vorhanden. Der intraorbitale Theil des Opticus konnte nicht untersucht werden.

Bei einem 42jährigen syphilitischen Gendarm, welcher unter den Erscheinungen von Aphasie und Lähmung der rechten Körperhälfte starb, fand sich eine bedeutende Schwellung der linken Hirnhälfte, und den Markleisten eingelagert, mehrere rundliche erbsen- bis haselnussgrosse Tumoren mit umgebender Erweichung. Im linken Streifenhügel eine fast kastaniengrosse, derbe Geschwulst, welche bis in die Sylvische Grube vordrang, ebenso eine zweite, etwas grössere im Bereiche des Linsen- und Mandelkerns. Der linke Sehnerv war bedeutend verdickt, seine Breite betrug bei seinem Austritt aus dem Chiasma 12 Mm., am Foramen opticum 6 Mm.; er erschien auffällig weich, und mikroskopisch fand sich eine ödematöse Schwellung des interstitiellen Bindegewebes und der Nervenfassern, welche breiter und stellenweise varicös erschienen, ferner waren Fettkörnchenzellen vorhanden. Der subdurale Raum des Opticus war erweitert und mit einer grösseren Menge Flüssigkeit gefüllt, die Papille geschwellt.

Dietlen beschreibt (**39**) zunächst in ausführlicher Weise einen Fall von syphilitischem Primäraffect der Conjunctiva des linken Auges, welcher bei einem Arzte 3—4 Wochen nach der Untersuchung eines mit syphilitischen Condylomen behafteten Frauenzimmers entstanden war. 5—6 Wochen später traten Roseola und Drüsenschwellungen auf, zuerst in der Parotis- und Submaxillargegend der genannten Seite. Die localen Erscheinungen am Auge bestanden in Chemosis, Schwellung des Tarsus und Lig. canthi extern., starker Härte und Verfärbung ins Schmutzigweisse in der äusseren Hälfte der Uebergangsfalte; zuletzt war an dieser Stelle eine vollkommene sclerotische Narbe vorhanden, analog den sonst am Penis beobachteten Befunden. Im Weiteren ist eine Zusammenstellung von 18 Fällen der sogenannten Keratitis interstitialis hervorzuheben, aus welcher hervorgeht, dass 83·3% vor dem 20. Lebensjahre befallen wurden, in 77·7% beide Augen gleichzeitig erkrankten und in 50% congenitale, in 5·5%

acquirirte Lues nachweisbar war. Sämmtliche Fälle wurden in der Erlanger Augenklinik beobachtet.

Von Laszkiewicz (**40**) wird folgender Fall erzählt: J. K., Kutscher, 28 Jahre alt, erschien beim Verf. am 28. December 1873 und gab an, dass bei ihm seit 8 Tagen das obere Lid des linken Auges so stark geschwellt sei, dass er nur mit Mühe theilweise das Auge zu öffnen im Stande ist. Vor 6 Jahren machte er Syphilis durch. Bei der Untersuchung zeigte sich der mittlere Theil der das obere Augenlid bedeckenden Haut etwas geschwellt und geröthet. Nach Umstülpung des Lides zeigte sich, dass die Ursache dieser Verhärtung eine entzündliche Infiltration des Lidknorpels war. Diese Erhabenheit, 12—18 Mm. hoch und 4—6 Mm. dick, war bedeckt von der geschwellten Conjunctiva, die auch in der Umgegend verdickt war. Auch waren die Lymphdrüsen hinter dem Ohre intumescirt. Applicirt wurde auf das Lid täglich Empl. mercur. Am 4. Jänner wurde der Tumor aufgeschnitten und man überzeugte sich, dass er aus einer festen speckartigen Masse bestand. Es wurde weiterhin bald Empl. mercur. applicirt, bald mit Tinct. jodi das Lid bepinselt. Am 4. März war der Tumor verschwunden. Der Verf. sucht die differentielle Diagnose zwischen Chalazion und Tarsitis gummosa durchzuführen und kommt zu dem Schluss, dass dieses Leiden nichts anderes sein konnte als eine syphilitische Entzündung des Lidknorpels. Klink.

41. Voss. Ist Syphilis durch die Milch übertragbar? (Petersb. med. Woch. Nr. 23. 1876.)
42. Klink. Ein Fall von Syphilis hereditaria tarda. (Medycyna T. IV. Nr. 33. 1876.)
43. Zeissl. Zwei Fälle von tardiver hereditärer Syphilis. (Pester med. Pr. 18. Jänner 1877.)
44. Engelsted. Ueber Vererbung der Syphilis. (Ugeskr. f. Laeger 3. R. 21. B. 13. 14. 1876.)
45. Keyfel. Angeborene Syphilis bei Infection des Vaters. (Bayer. ärztl. Intell. Bl. 21, 1876.)
46. Diday. Syphilis durch Conception. (Vortr. in d. Association pour l'Avancem. des Sciences in Paris 23. Aug. 1876; s. Progr. méd. 2. Sept. 1876.)

47. **Barlow.** Phlegmonöses Syphilid. (Lancet II. Nr. 19. 1876.)
48. **Barlow.** Viscerale Syphilis congenita. (Med. Examiner. 10. Jan. 1877. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15, 1877.)
49. **Porak.** Ueber congenitalen Ascites. (Prog. méd. 2. Sept. 1876. Bull. de la Soc. anat. 1875 p. 840.)
50. **Nuckols.** Congenitaler syphilitischer Priapismus. (Louisville News 17. Juni 1876. — Ref. des Arch. of Dermatol., Jänner 1877.)
51. **Parrot.** Knochenaffection bei Kindern durch hereditäre Syphilis und durch Rachitis. (Arch. de Phys. No. 2. März und April 1876.)
52. **Haab.** Zur Kenntniss der syphilitischen Epiphysenablösung. (Aus dem pathol. Institut in Zürich. Virchow's Arch. LXV. S. 366, 1876).

Von einer an papulösem Syphilid leidenden Frau mit intacten und functionirenden Brustdrüsen impfte Voss (**41**) Milch durch die Pravaz'sche Spritze auf drei Prostituirte, deren erste syphilitisch war, die zweite an Urethralkatarrh litt, die dritte (16 Jahre alt, früher stets gesund) desgleichen. Bei der ersten Pat. blieb natürlich der Erfolg aus, bei der zweiten entstand ein abscedirender Knoten, welcher bald heilte, bei der dritten entstand 40 Tage nach der Impfung ein papulöser Ausschlag an der Injectionsstelle und 5 Tage später auch über den ganzen Körper; durch eine Einreibungskur schwanden die Erscheinungen. — (Der eine positive Erfolg des Verf., bezüglich dessen wir uns einfach auf die Beobachtungspräcision des Autors verlassen müssen, widerspricht den bisherigen Angaben anderer Untersucher. A.)

Klink berichtet (**42**) folgenden Fall: am 21. October 1873 kam in das Warschauer St. Lazarushospital ein Schuhmachergeselle, 19 J. alt, mit einer Geschwürsbildung im Gesicht. Nach seiner Angabe habe das Leiden vor einem Jahre mit einem kleinen schmerzlosen Knoten rechterseits an dem Nasenansatz begonnen. Dieser Knoten vergrösserte sich allmälig und erreichte binnen 3 Monaten die Grösse einer Haselnuss. Der Knoten zerfiel und verwandelte sich in ein Geschwür, das ungeachtet der angewandten localen Mittel nicht verheilen wollte, sondern immer mehr in die Tiefe drang und sich auf die Seiten ausbreitete. Einige Wochen nach der Entstehung dieses ersten Knotens begannen

auch andere auf der Gesichtshaut, auf den Nasenflügeln und auf der Oberlippe zu erscheinen; diese Knoten zerfielen gleichfalls und die daraus entstehenden Geschwüre flossen mit einander zusammen, eine immer grössere Oberfläche einnehmend. Während des Auftretens einer grösseren Anzahl von Knoten auf der Haut des Gesichts, der Nase und der Lippe bemerkte der Kranke einen ziemlich bedeutenden schleimig-eitrigen stinkenden Ausfluss aus der Nase. In seinen Jugendjahren ist der Kranke, so weit er sich erinnert, nie leidend gewesen, sein Vater aber soll fortwährend an verschiedenen Ausschlägen und Geschwüren gelitten haben, die bald verheilten, bald wieder von Neuem auftraten. Bei näherer Untersuchung wurde constatirt: Der Kranke war niedrigen Wuchses und machte durch sein zurückgebliebenes Wachsthum den Eindruck eines 12jährigen Knaben.

Die Haut der beiden Wangen von den Nasenflügeln an und die Stirnhaut in der Nähe des Nasenansatzes war infiltrirt, dunkelroth und ging allmälig ohne deutliche Grenzen in die gesunde Haut über; hier fühlte man teigige Stellen. An einigen Stellen an der Grenze der gesunden und infiltrirten Haut befanden sich kleine platte Knötchen. Ungefähr in der Mitte der infiltrirten Haut sah man das narbige Gewebe, welches sich strahlenförmig bis zur Oberlippe und auf die Nasenhaut ausbreitete. Die Nasenflügel (Nasenknorpel und ein Theil der knöchernen Nasenscheidenwand) waren vollständig vernichtet. Am Nasenansatz, auf der Stirnhaut befand sich eine tiefe Hautverschwärung, etwa $1^1/_2$ Ctm. lang und von einer dicken braunen Kruste bedeckt. Rechts bestand die Unterlippe aus derbem Narbengewebe, das sich mit eben solchem Gewebe an der Oberlippe vereinigte. Auf der Haut der rechten Temporalgegend bemerkt man eine weisse Narbe. Der rechte obere Eckzahn war völlig beweglich, alle waren sie gerifft und von schmutziger Farbe. Die Schleimhaut des Zahnfleisches war geschwellt und an einigen Stellen verschwärt. Rechts auf der Haut des Kinns befindet sich ein 3 Cm. langes und 1 Cm. breites Geschwür, das mit einer dicken braunen Kruste bedeckt ist. Dieses Geschwür war vordem grösser, wie dies ein rosafarbiges Narbengewebe, an den Rändern des Geschwürs entstanden, beweist. Die obere Hälfte des rechten Radius und die ganze linke Tibia sind stark verdickt, aber schmerzlos beim Druck. Die Lymphdrüsen am Halse rechterseits unbedeutend vergrössert; an anderen Stellen liessen sie sich nicht durchfühlen.

Der Diagnose gemäss wurde dem Kranken innerlich Jodkalium

und Protojodur. hydrarg. verordnet. Während seines Aufenthaltes im Spital, der $2^{1}/_{2}$ Monate dauerte, brauchte der Kranke beinahe ʒj Jodkalium und ʒj Protoj. hydrarg. aus. Er wurde mit vollständig verheilten Geschwüren im Gesicht und in seinem Allgemeinzustande bedeutend gebessert entlassen.

Zeissl beschreibt (**43**) zwei Fälle von tardiver hereditärer Syphilis, an welchen die von Hutchinson zuerst angegebene Deformität der Zähne deutlich ausgesprochen war.

1. Ein 17jähriges Mädchen gibt an, seit einem Jahre an den gegenwärtig sichtbaren Affecten erkrankt zu sein. Die Untersuchung der Genitalien ergibt nichts Abnormes. Der grösste Theil des weichen Gaumens war durch vorausgegangene Ulceration zerstört und überdies befanden sich in der Mittellinie des harten Gaumens zwei durch eine schmale Schleimhautbrücke getrennte Perforationen. Die Stimme war trotz der Wegsamkeit der Nasengänge näselnd, der Athem übelriechend.

Bei genauerer Betrachtung der Zähne konnte man folgenden Befund constatiren: Sämmtliche Weisheitszähne fehlen der Kranken noch, sonst sind aber alle übrigen 28 Zähne vorhanden. Die Schneide- und die Eckzähne sowohl des Ober- als auch des Unterkiefers an ihrer äusseren Fläche und der Kaufläche auffallend gekerbt, der linke obere Eckzahn etwas gelockert, der rechtsseitige obere äussere Schneidezahn mit seiner Krone etwas nach vorne, der benachbarte innere Schneidezahn mit der Kaufläche nach hinten gerichtet und kürzer als der an diesen anstossende linke innere Schneidezahn, welcher stark nach vorne zu gedreht ist, ebenso rägt der benachbarte äussere linke Schneidezahn stark nach vorne zu vor. Die Zwischenräume zwischen den einzelnen Zähnen ziemlich weit.

Ausser dem sehr gelichteten Kopfhaare keine auf Syphilis deutende Erscheinung an der allgemeinen Bedeckung, mit Ausnahme eines tief in die Cutis eindringenden ungefähr 5 Ctm. langen und 2 Ctm. breiten Hautdefectes. Die Pat. starb an Blattern. Der Sectionsbefund zeigte keine Syphilis der Eingeweide.

2. Ein 19jähriges, kachektisch aussehendes Individuum litt an mehrfacher Perforation des Gaumensegels und hochgradiger Ulceration des linksseitigen Arcus palatoglossus. Die Mundhöhle zeigte beim ersten Anblick in auffallender Weise die abnorme Anreihung der oberen und unteren Schneidezähne. Der Kranke besass 29 Zähne, der linke untere

Weisheitszahn war eben im Durchbrechen begriffen, jedoch noch vom Zahnfleische verdeckt; der erste untere rechtsseitige, sowie der erste obere linksseitige Mahlzahn durch Caries bis auf Wurzelreste zerstört. Der innere obere Schneidezahn locker und etwas um seine Achse gedreht, so dass seine Aussenfläche nach vorne zu gerichtet erscheint; der anstossende äussere Schneidezahn ebenfalls um seine Achse in der Weise gedreht, dass seine Vorderfläche in geringem Grade nach hinten gerichtet ist; der hierauf folgende Eckzahn nur mässig entwickelt und ein wenig aus der Zahnreihe hervortretend. Der innere untere Schneidezahn in geringem Grade nach innen gerichtet, während der rechte untere Eckzahn es in auffallender Weise ist. Die Zwischenräume zwischen den einzelnen Zähnen sind gross, und die letzteren an ihrer Vorder- und Kaufläche deutlich gekerbt.

Der Gaumen war an zwei Stellen durchbrochen. Die eine Perforationsöffnung fand sich in der Naht des harten Gaumens, die zweite im Gaumensegel. Da der Kranke sonst an keinem Theile des Körpers eine auf Syphilis deutende Erscheinung zeigte und überdies angab, nie syphilitisch inficirt gewesen zu sein. hielt sich Vf. für berechtigt, die in Rede stehende Ulceration des weichen und harten Gaumens, zusammengehalten mit der vorerwähnten Beschaffenheit der Zähne, als das Ergebniss der angeerbten Syphilis anzusehen. Jodkalium wurde gegeben. Der überdies tuberculöse Patient wurde ungeheilt entlassen. (Angaben über die Eltern liegen nicht vor. A.)

Den Anschauungen Cullerier's und Oewre's über die Vererbung der Syphilis von der Mutter aus schliesst sich auch Engelsted (44) an. Secundär syphilitische Weiber gebären nach E. selbst dann, wenn sie erst während der Schwangerschaft syphilitisch geworden sind, fast unausbleiblich syphilitische Kinder. (Diese Fälle werden von den meisten Autoren nicht als hereditäre Syphilis angesehen. A.) Tertiär syphilitische Frauen gebären häufig gesunde Kinder, wenn auch ein Einfluss auf die Ernährung der Frucht im Allgemeinen nicht zu läugnen ist.

Die Vererbung von Vatersseite aus hält Vf. noch für wenig klar und spricht sich in diesen Fällen für die Annahme latenter Syphilis bei der Mutter aus, insbesondere darum, weil solche scheinbar gesund gebliebene Mütter von ihrem syphilitischen Kinde durch das Säugen nicht angesteckt werden, und weil, wenn später Syphilis-

Symptome auftreten, diese gemeiniglich zu den charakteristischen Spätformen gehören (? A.).

Vf. erörtert zum Schluss die Symptome der angeborenen Syphilis eingehend, indem er dieselben aus seiner reichen Erfahrung in Kopenhagen beleuchtet.

Keyfel dagegen spricht sich (**45**) entschieden dahin aus, dass der Samen eines syphilitischen Vaters im Stande sei, die Syphilis auf den Fötus zu übertragen, ohne dass die Mutter erkranke. Diese Uebertragung könne im ersten Stadium der syphilitischen Erkrankung des Vaters durch Beimischung von Schankersecret zum Samen erfolgen; am entwickeltsten trete aber ihre Wirkung während des zweiten Syphilis-Stadiums hervor, während dieselbe im tertiären Stadium abnehme und durch Behandlung in jedem Stadium zum Schwinden gebracht werden könne.

Die vom Vater herstammende congenitale Syphilis zeichnet sich nach verschiedenen Autoren, die der Verf. resumirt, aus: durch grössere Häufigkeit von Abortus (Lloyd und Wade), durch Bauchfellentzündungen der Neugeborenen (Depaul, während Simpson das Gegentheil behauptet), durch Syphilome der Lungen (Weber), durch Epiphysenerkrankung (Moldenhauer), Pemphigus syphiliticus (Vogel, Zeissl), Läsionen der Leber und Nebennieren (Bärensprung — dagegen Auspitz), parenchymatöse Organerkrankungen überhaupt (Hecker). Letzterer hat von Eingeweidesyphilis ohne Erkrankung der Mutter zuerst 4 dann 14 (unter 17) Fällen beschrieben. Die deformirende Granulationszellen-Wucherung der Placentarzotten (Fränkel's) ist häufig, aber auch Erkrankung des Fötus ohne Placentaveränderung nicht selten.

Verf. führt 19 Fälle aus seiner Beobachtung an und 24 aus fremder, welche er tabellarisch zusammenstellt. Im Ganzen ergibt sich, dass 44 Kinder dieser 43 (sämmtlich gesund gebliebenen) Mütter und syphilitischer Väter an Eingeweidesyphilis erkrankt waren und dass keines davon länger als 4 Monate am Leben blieb. Der (in dieser Fassung freilich nicht leicht anfechtbare — A.) Schlusssatz des Verf. lautet: »Syph. cong. in Folge paterner Infection manifestirt sich durch Erkrankung innerer Organe.«

Diday hält (**46**) die Lehre vom sog. Choc en retour, d. h. von der Ansteckung von Müttern durch Conception syphilitischer Früchte

auch heute fest. In der letzten Zeit publicirte er 20 Beobachtungen von solchen Frauen, deren keine eine Primäraffection nachweisen liess. Verf. erklärt diese Theorie (ohne auf die von Hutchinson vorgeschlagene Modification derselben einzugehen Ref.) für über allen Zweifel erhaben, wenn auch die Fälle selten vorkommen. (In seinem preisgekrönten Buche »über die Syphilis der Neugebornen« [1854] hatte der Verf. zur Stütze des Choc en retour keine einzige eigene Beobachtung angeführt. Seine neuesten Beobachtungen zu prüfen fehlt uns der Text des Memoires, welches uns nur in kurzen Sitzungsberichten vorliegt. A.)

Barlow nennt (**47**) eine Eruption von subcutanen Knoten bei einem neugeborenen Kinde mit Lues congenita, welche vereiterten und pus laudabile entleerten, phlegmonöses Syphilid (? A.). Von Furunkeln waren sie durch das Fehlen von entzündlicher Areola und centraler Bindegewebsnekrose unterschieden, von phlegmonösen Scrophuliden durch den acuten Verlauf, von Gummata durch die lebhafte Eiterung. Sie heilten unter einer mercuriellen Behandlung.

Ein Kind von 4 Monaten, mit sehr starker congenitaler Syphilis behaftet, zeigte nach einer Krankengeschichte von Barlow (**48**) eine beträchtliche Vergrösserung der Milz. Schon früher hatte Dr. Gee ausgesprochen, dass in der Hälfte der Fälle von congenitaler Syphilis die Milz vergrössert gefunden wird, so dass sie während des Lebens gefühlt werden kann. In etwa $^1/_4$ der Fälle ist sie wirklich gross; zuweilen findet sich daneben Vergrösserung der Leber und der Lymphdrüsen. Die Mehrzahl der Kinder, welche eine beträchtliche Vergrösserung der Milz zeigen, sterben. Es handelte sich übrigens nicht um amyloide Degeneration, sondern in 2 Fällen Dr. Gee's um einfache Vergrösserung.

Weiter fand Barlow bei einem kleinen Mädchen mit congenitaler Syphilis syphilitische Meningitis und Chorioiditis. Im Augenhintergrunde waren in beiden Chorioideen bräunliche Exsudationsflecken und disseminirte Entzündung. Als das Kind bald darauf starb, fand B. bei der Section Brust- und Baucheingeweide normal. — Im Schädel fand sich die Arachnoidea an verschiedenen Stellen an der Dura adhärent, die Pia verdickt und fibrös und an ein oder zwei Stellen sahen ihre verdickten Gefässe wie weisse Fäden aus. Die Hirnrinde

war an einigen Stellen oberflächlich erweicht. In der Chorioidea fanden sich Ansammlungen von Blutkörperchen in den Capillaren; in der Pia viel fibröses Gewebe und diffuse Infiltration der mit Kernen versehenen Lymphzellen, Verdickung der inneren und mittleren Haut der Gefässe bis zum völligen Verschluss derselben.

Wir entnehmen einer Arbeit Porak's über congenitalen Ascites (**49**) die Angabe, dass in der Literatur nur zwei Fälle von congenitalem Ascites auf syphilitischer Grundlage bekannt seien: Einer von Simpson und einer von Pinard, wo sich bei der Mutter Plaques muqueuses an der Vulva vorfanden und zwei Kinder mit Ascites geboren wurden. In dem von Porak selbst beschriebenen Falle handelte es sich nicht um Syphilis.

Nuckols schildert (**50**) ein Kind mit Syphilis-Symptomen in der 10. Woche, von einer inficirten Mutter geboren, während der Vater gesund gewesen sein soll, dessen Penis erigirt, knorpelhart war und 30 Tage so blieb. Unter specifischer Behandlung soll deutliche Besserung eingetreten sein. (Der Priapismus dürfte mit Syphilis congenit. kaum zusammenhängen. A.)

Die syphilitische Knochenaffection bei hereditär syphilitischen Kindern, welche bekanntlich Wegner 1870 (s. d. Archiv 1871 pag. 92) zuerst genau geschildert und später (1872) Parrot als Ursache von Lähmungen bezeichnet hatte, tritt nach einer neueren Arbeit des Letzteren (**51**) im ersten Stadium oder uterin in Form von Osteophyten um die Diaphyse auf, der Epiphysenknorpel ist verdickt. Im zweiten Stadium (5 Wochen bis 3 Monate nach der Geburt) findet sich gelatinöse Atrophie in gelben oder rothgelben Erweichungsherden, besonders am oberen Ende des Humerus, der unteren Epiphyse des Radius, der vorderen Fläche der Oberschenkelknochen und der inneren Schienbeinfläche. Damit hängt die syphilitische Pseudoparalyse der Neugebornen zusammen. Im dritten Stadium (5.—6. Monat) Hypertrophie der Medullarsubstanz, welche die frühere Osteophytenbildung nach und nach verdrängt (besonders am unteren Drittel des Humerus). Im vierten Stadium entwickelt sich aus dem neugebildeten subperiostal und in dem Intermediärknorpel liegenden Markgewebe auf der Oberfläche der Knochen eine Lage spongiöser Substanz, ähnlich wie bei der

Rachitis. Doch kommt bei letzterer die gelatinöse Entartung nicht vor und das spongiöse Gewebe tritt nicht an den Knochenenden auf, welche von übermässiger Knochen- und Kalkentwicklung betroffen werden. Auch treten bei Rachitis diese Veränderungen nie (? A.) vor Ende des 6. Monates auf.

Haab fand (52) bei zwei todt- und zufrühgeborenen Kindern, bei deren zweitem Syphilis mütterlicherseits constatirt wurde, während bei dem ersten keine Syphilis der Eltern nachgewiesen werden konnte, Ablösung der Epiphysen bei zahlreichen Röhrenknochen. In beiden Fällen war die Knochen-Knorpelgrenze durchaus eben und ohne jene zackig unregelmässigen Verkalkungen, wie sie von Wegner für die syphilitischen Epiphysenerkrankungen beschrieben worden sind; die Spaltbildungen beginnen vielmehr oberhalb des sogenannten Intermediärknorpels da, wo die proliferirenden Knorpelzellen die Anordnung zu parallel gestellten Reihen eingehen.

In dem ersten Falle fand sich nur körniger Zerfall der Knorpelzwischensubstanz ohne Proliferation der Knorpelzellen, im anderen Falle beobachtete Vf. ausser der Trübung der Intercellularsubstanz eine feine Faserung in derselben und starke Proliferation der Knorpelzellen, aus welcher ein sehr hinfälliges, rasch erweichendes schleimiges Gewebe hervorging.

53. Lewin: Einige Bemerkungen über die Behandlung der Syphilis mittelst hypodermatischer Sublimat-Injectionen. (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 45, 1876.)

54. Gschirhakl. Ueber Sublimatpräparate für subcutane Injectionen. (Wiener med. Woch. Nr. 10 ff. 1877.)

55. Th. Kölliker. Ueber die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Calomelinjectionen. (Centralbl. f. Chir. Nr. 7, 1877.)

56. v. Sigmund. Ueber subcutane Injection von Bicyanuretum Hydrargyri bei Syphilisformen. (Wiener med. Woch. Nr. 37, 1876.)

57. Grünfeld: Ueber hypodermatische Injectionen von löslichem Quecksilber-Albuminat. (Wiener med. Presse Nr. 35 bis 38, 1876.)

58. **Obtułowicz.** Einige Bemerkungen über die Behandlung der Syphilis mittelst subcutaner Injectionen von Cyanquecksilber und Quecksilberalbuminat. Aus der Klinik des Prof. Rosner. (Przegląd lekarski krakowski. Nr. 44, 1876.)
59. **v. Bamberger:** Ueber Pepton-Quecksilber und Fleischpepton. (Wiener med. Wochschr. 1876, Nr. 44. — Sitzung d. Gesellsch. d. Aerzte vom 27. October 1876.)
60. **I. Neumann.** Ueber subcutane Quecksilberbehandlung der Syphilis. (Wiener Ges. d. Aerzte, Sitzg. v. 27. Oct. 1876).
61. **Weisflog.** Zur Abortivbehandlung der Syphilis. (Virchow's Archiv LXIX. p. 143. 1877.)

Lewin berichtet (**53**), dass seit 1865, also seit 11 Jahren, mit geringen Ausnahmen alle constitutionell Syphilitischen auf seiner Abtheilung mit der subcutanen Sublimatkur behandelt werden. Durchschnittlich werden 1200—1300 constitutionell Syphilitische in jedem Jahre aufgenommen; 25 Injectionen bilden die durchschnittliche Anzahl für den einzelnen Kranken, also wurden innerhalb 11 Jahre circa 14.000 Kranke mit einer entsprechenden Anzahl von Injectionen behandelt. Bei dieser Zahl von Fällen wurden nur circa 20 Abscesse beobachtet. Persönlich habe Verfasser während dieser 11 Jahre circa 1500 Kranke der Charité und etwa eine gleiche Anzahl seiner Privatkranken mit Injectionen behandelt, bei denen er nur ein- oder zweimal Abscesse in Folge der Injectionen zu sehen Gelegenheit hatte.

Der Verlauf dieser wenigen Abscesse war stets gutartig, nie trat eine bedeutendere Entzündung oder gar Gangrän ein, nie war der Kranke genöthigt, das Bett zu hüten.

Diese Erfahrung berechtige wohl zu der Annahme, dass die Abscedirung keine nothwendige Folge der Placirung von Sublimat (in geeigneter Lösung) unter die Haut ist. Diese üble Complication wird vielmehr mit Sicherheit vermieden, sobald eine genügende Achtsamkeit auf die Art und Weise der Application verwandt wird. Vf. beruft sich auch darauf, dass der Referent über v. Bamberger's Aufsatz in dieser Vierteljahresschrift 1876 pag. 298 hervorhebt[1]), dass er die Sublimatinjectionen seit Jahren in grösserer Ausdehnung klinisch

[1]) Nicht von Prof. Pick, wie Herr Prof. Lewin annimmt, sondern von Prof. Auspitz stammt dieses Referat. (Red.)

anwende, aber niemals Entzündungen, Abscess oder Gangrän der Einstichsumgebung zu sehen Gelegenheit hatte.

Wenn auch Injectionen des für die sensiblen Nerven nicht indifferenten Sublimats mehr oder weniger Schmerzen verursachen, so seien, wie Verf. weiter bemerkt, diese doch nur in Ausnahmefällen so erheblich, dass sie als Contraindication der Methode bezeichnet werden müssen.

Um die Erfolge seiner Methode zu beurtheilen, vergleicht L. weiter die Zahl der auf seiner Abtheilung behandelten syphilitischen Prostituirten seit der Einführung seiner Methode von dem Jahre 1865 bis 1876 mit einem gleich lange vorhergehenden Zeitraume, in welchem die betreffenden Kranken anderen Behandlungsweisen, sowohl mit mercuriellen als vegetabilischen Mitteln unterzogen wurden.

Dieser Vergleich zeigte, dass nach Einführung der Sublimatinjection ebensowohl die Dauer der Behandlungszeit abgekürzt, als auch die Zahl der Recidive wesentlich vermindert sei.

Die Dauer des Aufenthaltes in der Charité betrug nämlich von 1855 bis zum Jahre 1865 durchschnittlich für die syphilitisch erkrankten Prostituirten gegen 10 Wochen, nach dem Jahre 1865, in welchem die subcutane Injection eingeführt wurde, nur gegen 4 Wochen.

Die Zahl der Recidive betrug unter den früher angewandten Behandlungsmethoden gegen 80 % der Erkrankten.

Unter den Kranken, die nach dem Jahre 1865 in seine Behandlung traten, sank die Zahl der Recidive auf die Hälfte (40 %).

Diesen Resultaten entspreche vollkommen die Differenz in der Anzahl der gleichzeitig auf der Abtheilung befindlichen Kranken vor und nach dem Jahre 1865.

Während im Jahre 1855 bei einer Einwohnerzahl Berlins von 500.000—600.000 Menschen der tägliche Bestand der Prostituirten auf der syphilitischen Abtheilung der Charité im Durchschnitt 150—170 betrug, habe Verf. jetzt nur einen täglichen Bestand von 100—120 Fällen gleicher Kategorie. Wenn die Steigerung in stets gleich bleibenden Verhältnissen erfolgt wäre, müsste der Bestand bei der fast doppelt so grossen Einwohnerzahl 300 und darüber betragen.

Die Qualität der nach seiner Behandlungsmethode eintretenden Recidive könne am besten dadurch illustrirt werden, dass schon seit längerer Zeit die schwersten Formen allgemeiner syphilitischer Erkrankungen auf der Abtheilung unter den Prostituirten nicht mehr vor-

kommen. (Ref. muss sich entschieden gegen die im letzten Theile des Aufsatzes angewandte Methode der Statistik und die daraus gezogenen Schlüsse aussprechen A.)

Die Versuche, welche Gschirhakl (**54**) auf Reder's Abtheilung anstellte, haben folgende Resultate in Bezug auf subcutane Injection von Hg-Präparaten ergeben: Die ursprüngliche Behauptung Bamberger's (welche der Letztere seither selbst zurückgenommen hat), „dass die Injection seines Quecksilber-Albuminats ebensowenig eine örtliche Reizung hervorrufe, wie eine Morphiumlösung“ hat auch der Verf. nur in einer spärlichen Anzahl von Fällen constatiren können und betont überdies die schwere Darstellung und geringe Haltbarkeit der Präparate. Mischte G. dem Hg-Albuminate Glycerin bei (1 : 3), so sollen die localen Beschwerden geringer gewesen sein.

Noch bessere Dienste leistete aber eine Sublimatinjection, der nach Stern's (1870) und Profeta's (1872) Vorschlage Kochsalz beigemischt war: Rp. Hydrg. subl. corr. 0,5—1,0; Natrii chlor. 6,0; Aq. dest. 100,0. Filtra.

Locale Veränderungen sowohl als Sensibilitätsstörungen wurden nur im geringsten Grade beobachtet; das Präparat ist leicht bereitbar und unveränderlich.

Als die pathologischen Ergebnisse seiner Versuche über Hg-Injectionen fasst G. folgende zusammen: Die stärker entwickelten Localaffecte (primärer und secundärer Natur) wurden durch die Sublimatinjectionen nicht beeinflusst; die leichten und frühen Exanthemformen hingegen waren schneller beseitigt als bei anderen Behandlungsmethoden, minder günstig waren die Heilresultate bei dem grosspapulösen und dem pustulösen Syphilid. Recidive beobachtete man eben so oft als bei anderen Medicationen.

Als Vortheile der Sublimatinjectionen ergaben sich somit: Der Vorzug der Reinlichkeit, die raschere Wirkung auf die leichten Exanthemformen und die besser als bei den Inunctionen ambulatorisch durchführbare Behandlung der Kranken.

In Rinecker's Klinik sind neuerlich Versuche mit subcutanen Injectionen von Calomel angestellt worden, über welche Kölliker (**55**) berichtet. Das Mittel wurde in Glycerin suspendirt im Verhältnisse von 1 : 10 und davon bei Erwachsenen 0·05, bei Kindern 0·05 bis 0·03

injicirt, und zwar anfangs alle 10—14 Tage, später alle 4—5 Tage. Im Durchschnitt genügten 6 Injectionen. Die nicht häufigen Abscesse heilten leicht. Salivation selten und geringgradig. Von den 46 behandelten Fällen hatten 36 papulo-squamöse Syphilide mit Plaques, 4 gummöse Formen, 6 hereditäre Syphilis. Bei Initialsclerosen, bei Haut- und Schleimhautaffectionen des secundären Stadiums, aber auch bei Knochensyphilis und gummösen Formen schien sich die Therapie zu bewähren. Bei schwangeren Weibern und Kindern zeigte sie sich nach dem Verf. ebenfalls vortheilhaft.

Der Hauptvorzug dieser Methode, welche ambulatorisch ausgeführt werden kann, ist nach dem Vf. das Fehlen jeder schädlichen Einwirkung auf den Stoffwechsel im Allgemeinen, ihr Hauptmangel die grosse Zahl von Abscessen. (Wir müssen hinzufügen, dass nach unseren Erfahrungen eine grössere Menge Calomelinjectionen nöthig erscheint, als dies bei Sublimat der Fall ist und darin wohl auch ein Nachtheil der Methode gelegen ist. A.)

Von Sigmund ist (**56**) Hg-Bicyanuret in der Lösung zuerst von 0·22 und später von 0·30 in 35·00 destillirten Wassers versucht und endgiltig die letztere als Normalformel beibehalten worden.

Die Menge je einer in der Regel täglich vorgenommenen Einspritzung betrug meistens 0·70, so dass also 6 Milligr. auf einmal einverleibt wurden; die Gesammtzahl der Einspritzungen zwischen 12 bis 29, in der neuesten Reihenfolge der Versuche aber nur 17; als Durchschnittszahl bei günstigen Erfolgen wären 17 Einspritzungen anzunehmen. Rechnet man die verschiedener Ursachen halber vorgekommenen Unterbrechungen hinzu, so betrug in diesen Fällen die mittlere Behandlungsdauer 25 Tage und die Menge des in dieser Zeit für einen Kranken verbrauchten Mittels 0·10—0·15.

Die Reaction an der Einspritzungsstelle blieb stets eine ganz unbedeutende, keine Entzündung und kein Abscess entwickelte sich darauf, die Infiltration des von dem Mittel gefüllten Bindegewebes war eine genau abgegrenzte, mässig consistente, nahm rasch ab und war in den meisten Fällen schon binnen 8 Tagen geschwunden, nur in den wenigsten Fällen erstreckte sie sich auf längere Zeit, und in dieser Hinsicht unterschied sich der Verlauf wesentlich von jenem, welcher bei Sublimatinjection sich einstellt.

Als Einspritzungsstellen sind am häufigsten jene an den Seiten des Brustkorbes und Bauches gewählt worden, ausnahmsweise auch an der Vorder- und Rückseite derselben.

Auf die Mundschleimhaut und speciell auf die Speicheldrüsen tritt eine äusserst geringe Einwirkung ein; bei den Meisten kam nur sehr unbedeutende Röthung des Saumes vom Zahnfleische unter geringer Schwellung, insbesondere seiner Pyramiden, und zwar oft am Oberkiefer mehr als am Unterkiefer wahrnehmbar, äusserst geringe Vermehrung der Speichelabsonderung, niemals Trübung, Schwellung, Abschürfung oder diphtheritische Erkrankung irgend eines Theiles der Mundschleimhaut, geschweige denn ausgesprochene Salivation oder Speicheldrüsenaffection vor. Die Ernährung und das Befinden der Kranken erlitten nicht nur keine auf die Therapie zurückzuführende Störung, sondern die Mehrzahl gewann an Körperfülle und Wohlaussehen.

Schon nach der zweiten Einspritzung war stets (nach Ludwig's Methode) Quecksilber im Urin der Kranken nachzuweisen, also schon nach der Einverleibung von 12 Mgr., ein Ergebniss, welches bei dem Gebrauche der Sublimat- und in gleicher Weise auch bei der Einreibungskur am 3. Tage beobachtet wurde.

Die Einwirkung des Bicyanurets auf den Syphilisprocess besteht nach dem Verf. in Abkürzung des Verlaufes einfacherer und leichterer Formen des zweiten Stadiums seiner Entwicklung (Papeln, Pusteln, figurirte Flecken) und in Milderung der complicirteren und schwereren Formen des dritten Stadiums (obenan Gummabildungen).

Der Verlauf der Papeln und Pusteln der äusseren Haut gestaltete sich kürzer, wie erwähnt, und durchgehends hörte die fernere Entwicklung dieser Formen nicht nur auf, sondern auch die ihnen zum Grund liegende Localaffection — Erosionen der indurirten Haut, einfache sowie excoriirte, exulcerirte und diphtheritische Papeln in der Genito-Analregion u. s. f. — nehmen bei ganz einfacher Reinlichkeitspflege, allenfalls Chlorkaliwaschungen, rascher als wenn sich selbst überlassen, gewöhnlich ab. Dieser Erfolg trat schon nach 10 bis 12 Einspritzungen auf; jedoch ganz auffallend minder häufig und immer nur später bei den figurirten Flecken der äusseren Haut. Am wenigsten günstig wirkten selbst die am längsten fortgesetzten Einspritzungen bei papulösen Infiltraten an der Gaumen-, Pharynx- und Tonsillarschleimhaut, sowie bei Psoriasis.

Veraltete papulöse, ferner pustulöse (impetiginöse) und psoriatische sowie gummöse Formen, darunter namentlich serpiginöse Geschwüre, besserten sich, aber sie wurden nicht zum Stillstande und Abschlusse gebracht.

Den geringsten Erfolg beobachtet man bei knotigen Sklerosen, bei Ulcerationen derselben und bei ausgedehnten diphtheritischen Formen, namentlich den Papeln.

Die Injectionen mit dem Bicyanuret möchte Vf. nach den bisherigen Beobachtungen denen mit dem Sublimat nicht unbedingt an die Seite stellen, weil diese zweifellos energischer wirken.

Unter den zu Injectionskuren verwendeten Mitteln möchte Verf. nach seinen Erfahrungen dem Calomel den Vorzug einräumen; will man der Abscessbildung ausweichen, so injicire man kleinere Gaben, als Scarenzio und Genossen empfehlen.

Bei 5, ja selbst bei 10 Ctgr. sah S. in der Regel keine Abscessbildung, und man mag derlei Injectionen etwa alle vierten Tag wiederholen; 6—8 solche genügen für die Behandlung der gewöhnlichen papulösen und pustulösen Formen. Die Bildung von Abscessen hat man wohl mit übertriebener Furcht angesehen; sie verliefen höchst einfach und fast in allen Fällen konnte man die feine Narbe kaum mehr entdecken, welche aus ihrer Eröffnung zurückgeblieben war. Die Calomelinjection wirkt meistens sehr rasch sichtlich auf Zahnfleisch und Mundschleimhaut überhaupt.

Die von Grünfeld (**57**) bei den hypodermatischen Injectionen von Quecksilber-Albuminat nach Bamberger gemachten Erfahrungen erwiesen Folgendes:

1. Die Umständlichkeit in der Bereitung, sowie die (soll wohl heissen: »geringe« Ref.) Haltbarkeit des Quecksilber-Albuminats sind keine nennenswerthen Mängel im Vergleich zu der einfachen Sublimatlösung. (? Ref.)

2. Durch die subcutane Injection von löslichem Quecksilberalbuminat werden geringere Schmerzen und kleinere Bindegewebsknoten, sogenannte Indurationen, hervorgerufen; ferner (?) entsteht keinerlei Entzündung des Integumentes derselben, keine Abscesse etc.

3. Die localen Erscheinungen nach den subcutanen Injectionen von Quecksilberalbuminat sind immerhin noch nicht so weit herabge-

mindert, dass der subcutanen Injectionskur ein Vorzug vor anderen bewährten Methoden eingeräumt werden könnte.

4. Entschieden verdient diese Injectionsmasse den Vorzug vor der einfachen, zu Einspritzung verwendeten Sublimatlösung. (Ganz und gar nicht. A.)

Obtułowicz injicirte (58) bei secundären Erscheinungen 0·006 Cyanquecksilber. Seine Resultate unterscheiden sich nicht von denen des Dr. Krówczyński (Siehe diese Vierteljahresschrift 1876, 2. Heft). Der Schmerz pflegt bei weitem geringer zu sein als bei Sublimatinjectionen; ebenso sind die Infiltrationen an den Injectionsstellen gewöhnlich sehr unbedeutend. Salivation beobachtete der Vf. nie und die Erscheinungen der Syphilis schwanden schnell. Dennoch kehrt das Leiden in ziemlich kurzer Zeit wieder. Das Mittel, bei primären syphilitischen Geschwüren angewendet, verschiebt den Ausbruch des Ausschlages nicht; ja der Autor führt Fälle vor, in denen gerade während der Anwendung der Injectionen ein Ausschlag unter der Form von Syph. cut. pap. miliaris eintrat. Dann beobachtete der Verf. auch, dass unter dem Einfluss der Injectionen von Cyanquecksilber die Lymphdrüsen sehr rapid abschwellen, selbst wenn sie stark intumescirt waren.

Darauf geht der Vf. auf die Versuche mit Quecksilberalbuminat über, aus denen er folgende Schlüsse zieht: Gleich nach der Injection von einem Grm. der nach Bamberger's Vorschrift bereiteten Lösung klagten die Kranken über Schmerz nicht; erst nachher trat ein Brennen ein, das 2—3 Stunden andauerte. Am folgenden Tage konnte man an der Injectionsstelle eine geringe, etwas schmerzhafte Infiltration bemerken, die nach einigen Tagen völlig verschwand; nie kam es zur Eiterung. Wurden die Injectionen am Schenkel vorgenommen, so war die Infiltration etwas bedeutender, führte jedoch ebenso wenig zur Eiterung. Die Kranken behaupteten einstimmig, dass der Schmerz nach Injection des Quecksilberalbuminats viel geringer sei als der nach Cyanquecksilber. Der Autor beobachtete der Behauptung Bamberger's zuwider eine Affection des Zahnfleisches und Salivation, ja in einem Falle sah er Stomatitis mercurialis ulcerosa. Während der Injectionen hob sich die Ernährung der Kranken bedeutend, so dass sie um mehrere Kilogramme zunahmen. Der Verf. wandte die Injectionen bald nach Erkennung der primären Induration, bald nach dem Er-

scheinen des Ausschlages an. Gewöhnlich musste der Verf. 15—30 Injectionen ausführen, bis die syphilitischen Erscheinungen wichen. Ziemlich schnell ging das Quecksilberalbuminat in den Harn über; denn nach 4 Injectionen liessen sich schon Spuren von Quecksilber in demselben nachweisen. Dennoch kommt der Autor zum Schluss, dass die Behandlungsweise mit hypodermatischen Injectionen von Quecksilberalbuminat, obgleich bequem, den energisch ausgeführten Einreibungen von grauer Salbe nachstehe. Der bedeutendste Vorwurf bestehe in der Instabilität der Verbindung, was um so wichtiger sei, als mit der Tendenz zur Zersetzung der Lösung die grössere Schmerzhaftigkeit nach der Injection und die Bildung grösserer Infiltrationen Hand in Hand gehen. Klink.

Nach Bamberger (**59**) haben sich beim Gebrauche des Hg-Albuminats zu Injectionen einige Uebelstände herausgestellt, die der weiteren Verbreitung des Mittels im Wege stehen.

Es ist nämlich erstens die Bereitung des Präparates, wenn dasselbe vollkommen rein und frei von jeder Trübung sein soll, eine verhältnissmässig schwierige und mühsame, zweitens aber ist die Haltbarkeit auch des ganz reinen Präparates eine beschränkte, indem es nach einigen Wochen wieder anfängt sich zu trüben, und zwar ist diese ganz feine Trübung durch Filtration sehr schwer zu entfernen, fast nur in der Weise, dass man die Flüssigkeit wiederholt immer durch dasselbe Filter fliessen lässt.

Verf. hat daher in neuerer Zeit statt des Albumins Pepton zur Bereitung der Quecksilberverbindung genommen. Die Peptone sind sehr leicht in Wasser löslich, die Lösungen lassen sich im Gegensatze zu den Eiweisslösungen ganz leicht und klar filtriren, sie zeigen nicht, wie die letzteren, eine beständige Neigung sich zu trüben, und werden zudem durch Hitze, Säuren, Alkalien nicht gefällt.

B. verwendete Fleisch-Pepton, das er von Darby in London, erhalten hatte. Derselbe stellt das Präparat im Grossen zu diätetischen Zwecken dar.

Man bereitet sich nun zunächst die Sublimat- und die Chlornatriumlösung, die erstere genau 5%, die letztere ungefähr 20% stark, löst nun ein Gramm Fleisch-Pepton (je nachdem man eine grössere oder geringere Menge bereiten will, entsprechend mehr oder weniger) in 50 Cctm. destillirtem Wasser und filtrirt. Dem Filtrat setzt man

20 Cctm. der Sublimatlösung zu und löst den entstandenen Niederschlag mit der nöthigen Menge (etwa 15 bis 16 Cctm.) Kochsalzlösung, giesst die Flüssigkeit in einen graduirten Cylinder und setzt destillirtes Wasser zu, bis das Ganze genau 100 Cctm. beträgt. Der Quecksilbergehalt beträgt demnach 1 % und jeder Cctm. enthält genau 1 Ctgrm. Quecksilber als Peptonverbindung. (Die nachträgliche quantitative Bestimmung des Quecksilbers als Sulfid ergab vollkommene Uebereinstimmung.) Die Flüssigkeit bleibt bedeckt mehrere Tage ruhig stehen, es scheidet sich eine geringe Menge eines weisslichen, flockigen Niederschlages ab (vielleicht ein dem Pepton noch anhängender Eiweisskörper), von dem man abfiltrirt.

Die Lösung hält sich nun bei weitem besser als das Albuminat. Eine Anfangs Juli bereitete Probe war nach mehr als drei Monaten vollkommen klar. Eine etwas später bereitete setzte allerdings noch etwas von demselben weisslichen Niederschlage ab, es hinderte dies aber die Verwendbarkeit durchaus nicht, da die darüberstehende Flüssigkeit vollkommen klar war.

Die Versuche zeigten übereinstimmend, dass dieses Präparat von allen bisher versuchten bei weitem die geringste örtliche Reaction hervorruft. In den meisten Fällen beschränkt sie sich nach dem Verf. auf einen mässigen nicht lange dauernden Schmerz an der Einstichstelle.

Derselbe Schmerz entsteht bekanntlich bei vielen Individuen auch bei der Injection von destillirtem Wasser und ist offenbar durch die plötzliche Spannungszunahme im subcutanen Bindegewebe bedingt. Man injicire demnach langsam und suche die Flüssigkeit durch leichten Druck und Streichen rascher zu vertheilen.

I. Neumann hat (**60**) bei der Anwendung des Bamberger'schen Sublimatalbuminats und Peptonquecksilbers beobachtet, dass der Schmerz in allerdings mehr oder weniger grosser Vehemenz trotz aller Präcision beim Einstich, trotz Reinheit der Lösung auftritt, dass ferner hiebei auch erbsen- bis haselnussgrosse Knoten entstehen, deren Resorption rasch oder erst nach Wochen erfolgt, wodurch die Kranken, wenn zum Beispiel die Injection an der Rückenhaut vorgenommen wurde, auf der injicirten Seite, namentlich in den ersten Tagen, nicht ohne Beschwerden liegen können. N. hat ferner beobachtet, dass bald nach geschehener Injection der Schmerz, von den Einstichstellen ausgehend, auch auf entfernte Stellen ausstrahlt, doch gilt als Regel,

dass die Injectionen mit dieser Lösung weit geringeren Schmerz und geringere Infiltration hervorrufen, und dass hiebei nie Abscesse oder Verschorfung entstehen. Dort, wo die Reaction erfolgt, hängt auch Vieles von der Vulnerabilität des Individuums ab, und von der Dexterität, mit der die Operation gemacht wurde.

Will man überhaupt über den Werth der in Rede stehenden Injectionsflüssigkeiten Aufschluss erlangen, dann wähle man z. B. die Haut des Rückens oder der Seitenwand des Thorax oder des Gesässes, spritze in die eine Seite Sublimatalbuminat, Quecksilberpepton, in die andere eine wässerige Sublimatlösung, auch Cyanquecksilber, oder auch die Sublimatlösung von Staub, oder eine Verbindung des Sublimats mit Morphin. Man wird dann nach N. keinen Augenblick im Zweifel sein, dass die Bamberger'sche unter all' den angeführten Lösungen den geringsten Schmerz und auch die geringste Reaction hervorruft. Der hier bald nach der Injection entstandene Schmerz wird durch kalte Ueberschläge leicht gemildert werden. Vollständig schmerzlos sind allerdings auch diese Lösungen nicht, wie überhaupt gar keine Injectionsflüssigkeit, da der Einstich, die Dislocation des Gewebes in Folge der injicirten Flüssigkeit und endlich auch die Qualität der Injectionsmasse irritirend einwirken muss.

Warum das in Eiweiss oder Pepton gelöste Quecksilber weniger Schmerz verursacht, als die wässerige Lösung, dürfte nicht schwer zu erklären sein. Bekanntlich vermindert sich die kaustische Wirkung vieler Aetzmittel, wenn sie in Oel, Glyzerin oder Eiweiss gelöst sind. An der Carbolsäure, dem Kali caustic. wird das alltäglich beobachtet. Dasselbe Verhältniss dürfte auch bei dem in Rede stehenden Mittel obwalten: doch mögen auch hier chemische Verhältnisse nicht ohne Einfluss sein: denn die Aufnahme des Quecksilbers in die Säfte des Organismus findet nur nach geschehener Verbindung desselben mit Eiweisskörpern statt.

Der in Wasser gelöste Sublimat wird sich, nachdem er injicirt wurde, um resorbirt zu werden, vorher in dem subcutanen Bindegewebe mit dem Eiweiss der Gewebe verbinden müssen, und diese Verbindung kann nur nach vorangegangenem Zerfalle zur Resorption in den Circulationsapparat gelangen, gerade so wie der Sublimat in der Magenflüssigkeit sich mit dem Eiweiss der letzteren vor seiner Resorption verbinden muss, und, wenn die Eiweissmenge der letzteren

in nicht genügender Menge vorhanden ist, sich mit der Magenschleimhaut verbindet und dieselbe anätzt.

Die Bamberger'sche Lösung enthält bereits den Sublimat in seiner Verbindung mit Eiweiss gesättigt, und wird daher vom subcutanen Bindegewebe aus, ohne vorher weitere Verbindungen eingehen zu müssen, resorbirt werden können, demnach weniger zu Entzündungen mit Knoten und Abscessbildung Veranlassung geben. Alle diese vortrefflichen Eigenschaften der Lösung werden jedoch illusorisch, wenn an anderen Orten als an den oben angeführten, namentlich an den oberen Extremitäten, den Händen, oder wenn im sklerosirten Gewebe injicirt, oder wenn eine nicht klare Lösung zur Injection verwendet wird. Welch' ätzende Wirkung die getrübte Flüssigkeit hervorruft, konnte N. bei circumscripten, infiltrirten Ekzemen, bei breiten und nach Abtragung von spitzen Condylomen beobachten. Begiessungen mit derselben führten unter Schmerzen vollständige Schrumpfung des Gewebes herbei. Da die Darstellung einer stets frischen Lösung keine schwierige, zeitraubende oder kostpielige ist, so wird die Herbeischaffung derselben eine leichte sein.

Bezüglich der Zahl der Injectionen (0·01 pro dosi), welche zur Beseitigung der syphilitischen Erscheinungen nothwendig sind, beträgt diese beiläufig 20 — 40, auch kann man bezüglich des längeren oder kürzeren Verlaufes der verschiedenen Formen der syphilitischen Erkrankungen eine bestimmte Scala beobachten.

Am raschesten sah N., wie dies früher schon andere Beobachter hervorgehoben haben, die maculösen, papulösen und squamösen Formen schwinden, nur ein Fall von chronischem, maculösem Syphilide war erst nach 40 Injectionen gewichen, was nicht befremden wird, da die chronischen, maculösen Syphilide zu den hartnäckigsten Formen zählen; die bei Sklerosen, denen noch keine allgemeine Syphilis gefolgt ist, vorgenommenen Injectionen (Präventivcur) vermögen nicht die Eruption hintanzuhalten; Psoriasis palmaris und plantaris weichen diesem Verfahren rasch (? A.), Einspritzungen in sclerosirtes Gewebe rufen circumscripte Gangrän hervor. Affectionen der Schleimhaut (namentlich Papeln), ebenso die in Gruppen angeordneten Papeln der Haut erheischen eine grössere Zahl von Injectionen, Gummata leisten der Injectionsmethode beträchtlichen Widerstand, und sind durch andere antisyphilitische Verfahren leichter zu beseitigen. (Alle Angaben, welche den Einfluss von Medicamenten auf einzelne Formen oder Reihen von Symptomen

im Vergleich zu anderen gradweise abmessen wollen, sind nur mit grosser Reserve aufzunehmen! A.)

Von der Ansicht ausgehend, dass das Schankergift in den Lymphdrüsen der Inguinalgegend und des Schambergs die Depots zu seiner Weiterverbreitung finde, schlägt Weisflog (**61**) Injectionen von salpetersaurem Quecksilberoxydul (1 : 100) zwischen dem Sitze des Primäraffects und der Leiste vor, welche alle 10—12 Tage vorzunehmen sind.

Nach dem Vf. ist diese Medication geeignet, die Initialsclerosen zum Schwinden zu bringen und den Ausbruch allgemeiner Erscheinungen zu verhindern. (Wir wollen sehen. A.)

62. **v. Sigmund:** Ueber Verbandmittel und Verbandweise der Syphilisformen. (Wiener Medicinische Wochenschrift Nr. 5 und 6, 1876.)
63. **v. Mosengeil.** Beitrag zur Behandlung der Syphilis. (D. Zeitschr. f. prakt. Med. Nr. 11, 12, 1877.)
64. **Faraoni.** Tayuya, ein neues Heilmittel gegen Syphilis und Scrofulose. (Broch. Mailand 1876. 8. 54 pag.)
65. **Galassi.** Derselbe Gegenstand. (Giorn. Ital. delle Malatt. ven. Oct. 1876.)
66. **Longhi.** Ders. Gegenst. (Gaz. med. Lombardia 1876.)
67. London Med. Record. Ders. Gegenst. (15. April 1877.)
68. **Stynap.** Ein Spcificum gegen Speichelfluss. (The Brit. med. Journ. 831, 1877.)

In der Syphilistherapie werden v. Sigmund (**62**) die mit Wasser, Weingeist, Aether, Collodium und Glycerin bereiteten Mischungen der Salbenform in der Regel vorgezogen, weil jene reiner, einfacher, sicherer bereitet, erhalten und angewendet werden können und die Anwendung viel directer auf die verletzten Stellen geschieht. Der Syphilis nur verdächtige Verletzungen sind wie evident syphilitische behandeln; die allgemein geltende Uebung bei jeder Excoriation, Erosion, bei jedem Geschwür, Bläschen, Pustel, Silbernitrat anzuwenden ist aber zu meiden.

Kalichlorat und Bleicetat in wässeriger Lösung (1 : 30) eignen sich als Deckungsmittel für Excoriationen der äusseren Haut unbe-

stimmten Charakters; sie bedingen selbst bei ausgedehnteren nur oberflächlichen Hautverletzungen eine Gerinnung der Secretionen, welche die Uebertragung von Ansteckungsstoffen verhindert, während sie keinen besonderen Reiz weder auf die verletzte noch auf die Nachbarhaut ausüben, keinen Schmerz verursachen. Man benützt das Bleiacetat vortheilhaft bei excoriirten, nässenden, papulösen Infiltraten (feuchten Papeln in Platten, Plaques), um solche zu der späteren Anwendung anderer örtlicher Mittel vorzubereiten.

Das Quecksilbersublimat in weingeistiger Lösung (1 : 400) überzieht excoriirte und erodirte Hautstellen (bei vorsichtiger Anwendung) mit einer dünnen, genau anhaftenden Schichte, unter welcher Epithelersatz rasch erfolgt. Man kann die Wirkung des Mittels ganz genau auf die berechnete Stelle beschränken, zumal neben der vorsichtigen Anwendungsweise das rasche Verdampfen des Alkohols solche begünstigt. Stärkere Lösungen (2—10 : 400) ätzen, zu welchem Zwecke auch die Collodiumlösung ein treffliches Mittel abgibt.

Kupfersulphatlösung (1 : 200—400) kann als einfaches Verbandmittel angewendet werden und als örtliches Bad und Einspritzung zwischen Vorhaut und Eichel. Stärkere Lösungen (1 : 50—100) durch 5—15 Minuten benutzt, wirken ätzend und concentrirte (1 : 3) sind bei tiefer eindringenden Verletzungen der Weichtheile von Nutzen; sie erzeugen einen genau abgegrenzten, fest anhaftenden Schorf, welcher sich nach einigen Tagen abhebt und einen rein eiternden Grund zurücklässt. Das Mittel kann auch in anderer Form (als Salbe, Krystall, Streupulver, Pflaster) statt des Silbernitrat mit vielem Vortheile gebraucht werden.

Silbernitrat ist ein sehr bequemes Mittel und eignet sich besonders als für den Magen wenig bedenklich zur Verwendung an der Rachenhöhlenwand.

Graues Quecksilberpflaster ist ein vielfach verwendbares, mildes, die Uebertragung verhütendes Verbandmittel, unter dem Haut-, speciell Epithelersatz sehr rasch zu Stande kommt. Da das Emplastr. Hydrarg. (Ph. Austr.) in der gewöhnlichen Temperatur zu wenig genau sich anschmiegt, verbindet es S. mit dem Empl. saponat. zu gleichen Theilen. Aus der Pflastermasse formt er nach Bedarf Plättchen, Knötchen, Stäbchen und Bougies. Syphilitische Infiltrate werden durch längeren Gebrauch des grauen Pflasters rascher zurückgebildet.

Die Jod- und Brompräparate verdienen besonders bei diphtheritischen Auflagerungen Berücksichtigung. Jodoform bewährt sich nach S. nur ausnahmsweise und ist wegen seines penetranten, widerlichen Geruches nicht empfehlenswerth. Goldchlorid erklärt S. für ganz unwirksam.

Eisenchlorid wirkt ähnlich dem Kupfersulphat, aber es dringt tiefer als dieses und verletzt auch die unversehrte Haut. Bei schlaffen leicht blutenden, gangränösen, mit Scrophulose oder Scorbut complicirten Geschwüren, zumal in Verbindung mit dem Lister'schen Verfahren verdient es einen ganz besonderen Vorzug.

Zinkchlorid wirkt wie das vorstehende, erzeugt aber nicht so feste und so nett sich ablösende Schorfe, stillt auch nicht so nachhaltige Blutungen. Auch die Zinkchloridpasta passt für Syphiliskranke nicht. Phenyl, Salicyl und Thymol als einfache Verbandmittel verdünnt (1 : 50 Weingeist oder Wasser) oder mit Oel (1 : 20—30 Ol. lini) concentrirt (1 : 4—10 Weingeist und Wasser oder Oel) haben gar keinen specifischen Heilwerth; sie begünstigen nicht die Narbenbildung und sind als Aetzmittel nicht so verlässlich in ihren Wirkungen. Einer specifischen Einwirkung auf die Syphilis aber entbehren sie gänzlich. Nur für diphtheritische und nekrotische Wunden sind sie zu empfehlen (als wässerige Mischungen von 1 : 50 bis 100 zur Abspülung oder zu Pasten) bei Lymphdrüsen-Abscessen, wenn sie mit Diphtheritis und Brand complicirt sind.

Ein besonderes Gewicht bei der Behandlung von Syphilis legt v. Mosengeil (**63**) auf die Bethätigung des Stoffwechsels und zieht daher die ambulatorische Behandlung jener im Spitale vor. Er lässt neben täglichen Einreibungen von 1·0 bis 1·5 Ungt. cin. pro Tag und daneben Jodkalium den Pat. täglich 20 Minuten bis zu einer Stunde im warmen Bade, in welchem er einen heissen Thee trinkt und sich tüchtig frottirt. Bei vorhandenem Appetit erhält er im Bade Beefsteaks, Eier, Bier, Wein. Danach schwitzt er eingewickelt mehrere Stunden, wird kalt abgewaschen und reibt dann ein. Dann geht der Pat. fleissig, macht gymnastische Uebungen, wird massirt und isst dann sein Mittagmahl. Hierauf soll er wenn möglich angestrengt reiten; am Schluss der Kur nimmt der Pat. noch einige Zeit Jodquecksilber. Zurückbleibende Drüsengeschwülste gelang es einige Male durch Massiren zu beseitigen. Die Recidive sollen seltener sein als bei anderen Methoden.

(Mit dem diätetischen Theil der Behandlung kann man sich einverstanden erklären. A.)

Ueber ein neues Mittel gegen Syphilis und Scrofulose, die Tayuya, wird von Italien berichtet (**64**). Das Mittel stammt aus Brasilien, von einer Pflanze aus der Familie der Cucurbitaceen (Dermophylla pendulina) wurde von dort, wo es die Eingeborenen gegen Syphilis benützen sollen, durch einen Kaufmann Ubicini aus Pavia nach Europa gebracht und zuerst dem medicinischen Congress von Turin (1876) vorgelegt. Es werden aus der Wurzel zwei Tincturen bereitet, eine stärkere Muttertinctur, welche nach den ersten Angaben unverdünnt zu 1·0 pro dosi zu subcutanen Injectionen verwendet werden soll und verdünnt zu äusserlichem Gebrauche; eine schwächere 1 Theil der Muttertinctur mit 3 Theilen Alkohol, zu 2—20 Tropfen 2—3 Mal täglich innerlich.

Im Bull. gén. de Thérap. 15. Juli und 30. August 1875 hatte Martin (**67**) angegeben, ein grünliches Harz, eine citronengelbe fettige Masse und einen bitterlich aromatischen Extractivstoff dargestellt zu haben, aber kein Alkaloid.

Bei der Anwendung steigert sich die Absonderung von Speichel und Magensaft, die Verdauung und Defäcation wird befördert, bei grösseren Dosen erfolgt Erbrechen, Kolik, Diarrhöe, Schweiss, Speichelfluss.

Pathologische Versuche haben nun in der letzten Zeit mit diesem Mittel Galassi in Bologna (**65**) auf Gamberini's Klinik und Longhi in Mailand (**66**) angestellt.

Die Fälle des Ersteren sind 3 von secundärer Syphilis und ein schwerer Fall von scrofulöser Entzündung der Gesichtshaut.

1. Roseola und Papulae circa anum bei einem 26jähr. Manne. Nach 12 Tagen (2 Tropfen Tct. täglich in 40 Grm. Wasser) Heilung.

2. Syphilis papulo-ulcerosa mit Alopecie, Heiserkeit und Angina bei einem 39jährigen Weibe. Nach 27 Tagen (6 Tropfen Tinct. auf 120 Grm., täglich um 2 Tr. steigend) geheilt.

3. Ulcus durum praep., Leistendrüsenschwellung, Papul. circa anum, bei einem 27jährigen Manne. Innerlich 7 Tropfen tägl., äusserlich Solution von 4 Grm. Tinct. auf 170 Grm. Wasser auf die Papeln. Nach 13 Tagen geheilt entlassen.

Auch 2 schwere Fälle von ulceröser Scrofulose des Gesichts sind nach der Angabe des Verf., welcher weitere Mittheilungen verspricht, völlig geheilt worden.

Longhi's dritter Fall betraf ein 3monatliches Kind mit Papeln um die Genitalien, Excoriationen auf den Lippen des Mundes. 150 Tr. Tinct. auf 800 Grm. Wasser, täglich 3 Theelöffel voll und mehremal täglich äusserlich dieselbe Lösung. Nach 14 Tagen Heilung.

Der vierte Fall betrifft eine chron. Blennorrhöe, seit 15 Jahren bestehend, nebst Syph. maculosa, Periostitis und Arthritis syph. 15 Tr. in 200 Grm., dann 40 Tr. in 200 Gr.; nach 8 Tagen 18 Tr. der Muttertinctur bis 40 Tr., dann wegen Bauchschmerz Reduction auf 35 Tropfen. Nach 2 Monaten alle Knochenauftreibungen geschwunden Schmerzen fast völlig, Flecken mit einer einzigen Ausnahme. (Diese Berichte lauten in der That enthusiastisch genug; jener aus der Klinik Gamberini's kann nicht ignorirt werden und weitere Versuche sind angezeigt. A.)

Stynap empfiehlt (**68**) als ein ausgezeichnetes Mittel gegen mercuriellen Speichelfluss, welches sich ihm in einer 25jährigen Praxis bewährt hat, den Schwefel, welcher in kleinen und häufigen Dosen so lange gegeben werden soll, bis Diarrhöe eintritt; gut ist es, Opium oder Morphin zuzusetzen.

Die Formel, nach welcher er den Schwefel verschreibt, lautet: Sulf. präcip. 1.5 — 3·0, Kali chloric. 3·0 — 4·0, Morph. mur. 0·1, Emuls. amygdal. 280·0. S. Schüttelmixtur, alle 3—4 Stunden einen Esslöffel voll zu nehmen.

Buchanzeigen.

An elementary Treatise on Diseases of the Skin. By **H. G. Piffard,** Prof. of Derm. — New-York, bei Macmillan & Co. 1876. gr. 8. 375 pag. Mit photogr. u. xylogr. Illustr.

A practical Treatise on Diseases of the Skin. By **L. A. Duhring,** Prof. of Derm. — Philadelphia, bei Lippincott & Co. 1877. gr. 8. 618 pag. (Prof. Hebra in Wien gewidmet.)

Atlas of Skin Diseases. By **L. A. Duhring.** — Philadelphia, bei Lippincott & Co. II. Lieferung 1877.

Piffard's Grundriss der Hautkrankheiten hat den Zweck, als Einleitung zu den ausführlichen Werken über denselben Gegenstand zu dienen, befleissigt sich daher grosser Kürze. Das System ist ein eigenes, welches der Verf. vor kurzer Zeit der Dermatol. Society in New-York vorgelegt hatte, ohne jedoch die Beistimmung der letzteren erlangen zu können. Alle Hautkrankheiten sind in 5 Gruppen getheilt:

1. Diathetische Affectionen (Syphiliden, Scrofuliden, Rheumiden, Lepra, Ichthyose).

2. Nicht diathetische Affectionen (Exantheme, Rothlauf, Scorbut etc.).

3. Reflex-Affectionen (Acne, Urticaria, Zoster, Chloasmata).

4. Locale Affectionen (Parasitäre Krankheiten, Intertrigo, Naevus, Verruca, Furunkel).

5. Unbestimmte Affectionen (Erythem, Elephantiasis Arab., Keloid, Lichen ruber, Molluscum, Pemphigus, Prurigo, Purpura, Vitiligo).

Wir brauchen nicht auseinanderzusetzen, warum uns diese übermässig bescheidene Eintheilung, welche theilweise den französischen natürlichen Systemen, theilweise einer durch den Autor allein bisher vertretenen allgemein-pathologischen Anschauung über Hautkrankheiten entlehnt ist, nicht behagt. Die einzelnen Kapitel des Buches zeugen von grosser Belesenheit des Verf., auch von grosser klinischer Erfahrung — aber sie scheinen uns bei dem geringen Spielraum, den der Autor sich gönnte, keine scharfen Bilder der Krankheitsprocesse zu entwickeln. Die einen

nicht unbedeutenden Theil des Buches einnehmende Abhandlung über Anatomie und Physiologie der Haut hätte der Verf. zu Gunsten des klinischen Theiles füglich unterdrücken sollen.

Die Illustrationen, theils Photographien, theils Holzschnitte, sind nicht geeignet, dem Lernenden wesentliche Unterstützung zu bieten. Die Ausstattung des Buches ist eine luxuriöse.

Das »Lehrbuch der Hautkrankheiten« von Duhring steht im Gegensatze zum vorigen auf dem Standpunkt der Wiener Schule, es hält die Hebra'sche Eintheilung mit geringfügigen Aenderungen fest und gibt dem amerikanischen Publikum von diesem Standpunkte aus ein wohl stylisirtes und mit viel Einsicht zusammengestelltes Compendium, das ohne wesentlich Neues zu bringen, das Bekannte in lehrreicher Weise vorzutragen versteht. In therapeutischer Beziehung hat der Verf. den amerikanischen Anschauungen, welche über die Wirkung innerlicher Medication sanguinischer sind als die unsrigen, in massvoller Weise Rechnung getragen. Besondere Anerkennung verdient der Verf. dafür, dass er histologischen Explicationen, wie sie zum Schaden der ernsten anatomischen und pathologischen Forschung in den letzten Jahren in gewissen Lehrbüchern der Dermatologie Mode geworden sind, geringeren Raum anweist. Den Lernenden bringen jene gelehrt scheinenden Bücher keine Bereicherung ihres klinischen Wissens, wohl aber die irrige Meinung bei, als hätten sie neue positive pathologisch-anatomische Thatsachen kennen gelernt, während ihnen nur ein unverdauter und unverdaulicher Wust dilettantischen Krams durch das Mikroskop gezeigt und in zahlreichen, immer wieder von den Lehrbücher-Schreibern copirten Bildern vervielfältigt wird.

Die Form der Darstellung des Duhring'schen Buches ist klar und geschmackvoll; die rein praktische Tendenz, welcher wohl eine oder die andere wichtigere wissenschaftliche Thatsache hie und da zum Opfer fallen muss, weitaus überwiegend.

Die Ausstattung lässt Nichts zu wünschen übrig.

Von desselben Autors Atlas der Hautkrankheiten, auf den schon im vorigen Jahrgange an dieser Stelle hingewiesen wurde, ist die zweite Lieferung erschienen, welche wieder 4 Tafeln enthält: Acne rosacea, Ichthyosis simplex, Tinea versicolor und Sycosis. Die Ausführung dieser Tafeln steht nicht hinter jener der ersten Lieferung zurück und verdient alles Lob. Wir wünschen nur ein schnelleres Erscheinen der nächsten Hefte.

Auspitz.

Bibliographie des Jahres 1876.

IV. Verzeichniss.

(Fortsetzung von Jahrg. 1876 pag. 476 u. 666 und Jahrg. 1877 pag. 289.)

Dermatologie und Vaccine.

Barthel, Fall von Pemphigus acutus. Petersb. med. Woch. 14.

Baum, Sigismund, Zur Hydrotherapie d. Scharlach. Wien. med. Presse XVII. 49. 50. 51.

Bell, Robert, Ueber Pocken. Brit. med. Journ. Nov. 25.

Bergh, R., Bericht über d. Abtheilung f. Hautkranke im allg. Hosp. zu Kopenhagen f. 1875. Hosp.-Tidende 2. R. III. 37. 38. 41. 43.

Bertholle, Recidivirender Herpes. Gaz. des Hôp. 108.

Böttcher, Veränderungen an d. Venen u. d. Leber bei Lepra. Dorpat. med. Zeitschr. VI. 2. p. 174.

Broadbent, W. H., Herpes frontal. mit Entzündung d. Auges. Brit. med. Journ. 9. Dec.

Brakenridge, David J., Ueber Anwendung d. Salicylsäure bei Scharlach. Med. Times and Gaz. Dec. 2.

Bruckner, Th., Der Culturkampf gegen d. Impfzwang oder d. Zwangs-Impfung u. Zwangs-Revaccination im Widerspruch mit d. Verfassung, mit d. Erfahrung u. mit d. gesunden Menschenverstande. Zürich. Selbstverlag. 8., 24. S. 40 Pf.

Buchanan, Walter, Behandlung d. Scabies mit Carbolseife. Brit. med. Journ. Oct. 21. p. 520.

Bulkley, L. Duncan, The use and value of arsenic in the treatment of diseases of the skin. New-York. D. Appleton and Co. 8. 45 pp.

Bulkley, L. Duncan, Ueber locale Behandlung gewisser Hautkrankheiten. Arch. of Dermatol. III. 1. p. 20; Oct.

Campana, Ueber Abrasion bei Hautkrankheiten. (Il Movim. med.-chirurg.). Lo Sperimentale XXXVIII. 12. p. 608.

Casati, Luigi, Ligatur d. Art. poplitaea b. Elephantiasis, Il Raccoglitore med. XXXIX. 29—30. pag. 313.

Cottle Windham, Ueber locale Behandlung der Psoriasis. Lancet II. 14: Sept.

Damon, Howard F., Ueber d. Vorkommen d. Hautkrankheiten zu verschiedenen Jahreszeiten. Arch. of Dermatol. III. 1. p. 10; Oct.

Demme, P., Ueber Sclerema neonat. Schweizer Corr.-Bl. V., 18.

Decaisne, G. Molluscum adiposum. Bull. de la Soc. anat. 4. S. I. 2. p. 363. Mars-Mai.

Despine, Prosper, Ueber d. Wesen d. Zona. Gaz. de Par. 43.

Dohrn, Pemphiguserkrankung in d. Praxis einer Hebamme. Arch. f. Gynäcol. X. 3.

Dickinson, Sclerem bei einem Kinde. Obstetr. Journ. IV. p. 451. (Nr. 43.) Oct.

Diday, Ueber syphilitischen und nicht syphilitischen Pemphigus Gaz. des Hôp. 114.

Duchini, A., Ueber animale u. humanisirte Vaccinalymphe. Gazz. Lomb. 7. S. III. 52.

Duckworth, Dyce, Fall von Urticaria bullosa. Lancet II 15; Oct.

Duhring, Louis A., Eczema rubrum d. Unterschenkels. Philad. med. and surg. reporter XXXV. 10. pag. 185. Sept.

Ebel, Menschenpocken, Impfung u. Wiederimpfung. Bayer. ärztl. Intell.-Bl. XXIII. 35, 36.

Ehrendorfer, Felix, Die Behandl. d. acuten Exantheme, insbes. d. Variola. Wien med. Presse XVII. 46.

Elliger, Leopold, Sandabreibungen bei Hautkrankheiten. Wien, med. Wochenschr. XXVI. 45.

Farmer, A., Alphos universalis. Brit.med. Journ. Novb. 11. p. 619.

Förster, Ueber d. Verbreitungsweise d. Masern u. d. Scharlach. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Dresden 1875/76. p. 91.

Fox, Tilbury, and T. Farquhar, Ueber endemische Hautkrankheiten Indiens. London. J. u. A. Churchill, 8.

Fox, Tilbury, Ueber Pemphigus foliaceus. Med. Times and Gaz. Nov. 4.

Fremmert, H., Zur Terminologie d. Keloids. St. Petersb. med. Wochenschr. 29.

Fickert, Acute hämorrh. Diathese nach Impfung d. Schutzpocken. Deutsch. med. Wochenschr. II. 40.

Fuchs, E., Herpes Iris Conjunctivae. Mon.-Bl. f. Augenheilkunde. XIV. Oct.

Grollemund, W., Scharlachepidemie in Saint-Dié u. dessen Umgebung. Revue méd. de l'Est VI. 6, 9, 11, 257, 302, 341. Novemb. — Decemb.

Henry, Alexander, Ueber Arsenik gegen Hautkrankheiten. Edinb. med. Journ. XXII. p. 422. (Nr. 257.) Nov.

Huber, J. Ch. (Memmingen), Zur Scharlach-Incubation. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XVIII. 4. u. 5. p. 510.

Huettenbrenner, Andreas v., Ueber zweimaliges Auftreten von acuten Exanthemen. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. X. 3 u. 4. p. 334.

Hutchinson, Charles F., Ueber modificirte Pocken. Brit. med. Journ. Sept. 16.

Impfstoff. Verunreinigung durch die gewöhnliche Stubenfliege. Gesundheit I. 4.

Irvine, J. Pearson, Fall von Variolois. Med. Times and Gaz. Oct. 14.

Ivanowsky, N., Parasitäre Knoten in den Lungen bei Variola. Med. Centralbl. XIV. 45.

Lespiau, Ueber Anwendung d. Glycerols von Jodtinctur und Tannin gegen Trychophyton. L'Union 111.

London, B., Zur Symptomatologie u. Therapie der Lepra. Memorabilien XXI. 8. p. 349.

Lorinser, Friedr. Wilh., Ueber d. Werth d. Zahlen in d. Impfstatistik. Wien. med. Wochenschr. XXVI. 38—42.

Liebmann, Fälle von Scharlach der Wöchnerinnen. Archiv für Gynäkol. X. 3.

Marais, H., Impetigo bei einem Kinde von 6 Monaten, plötzlicher Tod. L'Année. méd. I. 8. Juli.

Macenzie, Stephen, Ueber Vaccination mit Glycerinlymphe. Lancet II. 19; Nov.

Maclagan, Th., Ueber die Uebertragbarkeit d. idiopath. Erysipels. Brit. med. Journ. Sept. 23. p. 395.

Mamoré, Bueno, Ueber Behandlung d. Elephantiasis Graecorum. Gaz. med. da Bahia 2. S. I. 9. 411. Sept.

Mégnin, Ueber Krätze bei Menschen u. Thieren. (Krit. Uebersicht) Arch. gén. 6. S. XXVIII. p. 592, 714. Nov.; Dec.

Milroy, Gavin, Ueber Framboesia und verwandte Affectionen. Med. Times and Gaz. Nov. 4.

Milton, J. L., Ueber »Riesen-Urticaria«. Edinb. med. Journ. XXII. p. 513. (Nr. 258) Dec.

Moore, J. W., Scarlatina mit Entzündung seröser Häute; Hidrops vesicae felleae. Dubl. Journ. LXII. p. 335. (3. S. Nr. 58.) Oct.

Moty, Fernand, Ueber die Vaccination im Bezirk von Biskra. Rec. de mém. de méd. etc. milit. 3. S. XXXII. p. 456. Sept. — Oct.

Muhlenberg, W. F., Ueber Scharlach. Transact. of the med. Soc. of the State of Pennsylv. p. 165.

Munro, W., Zur Aetiologie u. Geschichte der Leprose. Edinb. med. Journ. XXII. p. 433. (Nr 257.) Nov.

Nath, Zwangs-Abimpfung u. Impfungs.Modus. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. N. F. XXV. 2. p. 374. Oct.

Nixor, R., Typhus u. Scarlatina. Dubl. Journ. LXII. Nov.

Orchard, Thomas N., Ueber d. durch Vaccination bedingte Immunität gegen d. Pocken. Lancet II. 22.; Nov.

Ortille, Variola mit Hyperpyrexie, behandelt mittelst Kälte. Bull. de Thér. XCI. p. 363. Oct. 30.

Paulus, Die Staats-Impfanstalt zu Hamburg. Würtemb. Corr.-Bl. XLVI. 33.

Paxton, Fall von Pemphigus. Brit. med. Journ. Dec. 9. p. 751.

Pockenhospital, Ueber d. Nothwendigkeit eines neuen in Frankfurt a/M. Denkschr. d. vom ärztl. Verein erwählten Commission. Frankfurt a/M. Mahlau und Waldschmidt. gr. 8. 64 S.

Pospelow, G., Erythema nodosum auf d. Mundschleimhaut. Petersb. med. Wochenschr. 40.

Reichs-Impfgesetz. deutsches, über d. prakt. Ausführung desselben. Deutsche med. Wochenschr. II. 50. 52.

Schwarz, J., Ueber eine Masernepidemie in Wien. Wien. Med. Presse XVII. 43. 45.

Short, John, Vaccinationsnadel. Lancet. II. 20; Nov.

Sutherland, D., Scarlatina puerp. Edinb. med. Z. XXII. 257. Nov.

Soltsien, Zur Casuistik d. Erythema exsud. papulatum nach Erisypelas faucium. Berlin. klin. Wochenschr. XIII. 40.

Spamer, C., Einiges zur Impf- oder Blatternfrage. Deutsches Arch. f. klin. Med. XIV. 1. p. 109.

Siredey, Fall von Sclerodermie. L'Union 113.

Stern, Johann, Ueber Lupus erythematosus acutus. Wien med. Wochenschr. XXVI. 38.

Treymann, M., Herpes Zoster graviditatis. Petersb. med. Wochenschr. 36.

Uffelmann, J., Ueber d. ominöse Form d. Erythema nodosum. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XVIII. 2 u. 3. p. 313.

Vroesom de Haan, J., Bericht über die Thätigkeit der Gesellschaft zur Beförderung d. Kuhpockenimpfung zu Rotterdam im J. 1875, Nederl. Weckbl. 35.

Wasastjerna, Epidem. Rubeola. Finska läkaresällsk. handl. XVII. 3 och 4. S. 178. 1875.

Wickinson, W. H. W., Ausbruch der Pocken in Islington. Lancet II. 16; Oct. p. 541.

Syphilis.

v. Bamberger, Ueber Peptonquecksilber. Wien. Wien med. Presse XVII. 45. p. 1450.

Barlow Thomas, Ueber phlegmonöse Syphiliden. Lancet II. 19; Nov.

Barraclough, George, Ueber die Heredität d. Syphilis u. d. engl. Contagious diseases Act. med. Med. Times and Gaz. Sept. 23. 30.

Baumgarten, Paul, Riesenzellen u. Syphilis. Med. Centr.-Bl. XIV. 45.

Bouchard, Ueber Higieine u. Prophylaxe d. vener. Krankheiten. Gaz. hebd. 2. S. XIII. 37, 39, 40, 43.

Broadbent, W. H., Ueber syphil. Gehirnaffectionen. Lancet II. 22—24; Nov., Dec.

Caylay, Linksseit. Hemiplegie; Schmerz über d. Orbita u. in d. Schläfengegend; epileptiforme Anfälle; Besserung durch antisyphil. Behandlung. Med. Times and Gaz. Nov. 4. p. 516.

Charteris, M., Tripper; Pyämie. Brit. med. Journ. Dec. 2.

Chauvel, J., Alte Syphilis; necrot. Caries d. Os etmoideum; secundärer Abscess im Gehirn. Gaz. des Hôp. 123.

Dawosky, Mittheil. aus der Syphilis-Praxis. Memorabilien XXI. 10. p. 433.

Dejerine, J., Muskelatrophie u. Paraplegie bei bösartiger frühzeitiger Syphilis. Arch. d. Physiol. 2. S. III. 4. p. 430. Juillet,—Août.

Dussaussay, Magenkrebs, Lungentuberculose, Lebersyphilis. Bull. de la Soc. anat. 4. S. 1, 2. März-Maiheft.

Duckworth, Paralyse d. 3. Hirnnerven d. linken Seite mit anderen Lähmungen, durch syphil. Ablagerungen bedingt; rasche Heilung. Med. Times and Gaz. Sept. 23. p. 354.

Erlenmeyer A., Die luetischen Psychosen. Neuwied d. Heuser.

Ferrari, Primo, Ueber Entero-Peritonitis syphilitica. Lo sperimentale XXXVIII. (XXX. 10) p. 424. Ottobre.

Fiori, Gio. Maria, Fall von Gehirnsyphilis, mit Rücksicht auf d. Diagnose d. Affectionen d. Corpora quadrigemina. Ann. univers. Vol. 237. p. 193. Sett.

Fritsch, H., Zur Lehre v. d. Tripperinfection beim Weibe. Arch. f. Gynäk. X. 3.

Fischl, J., Morbillen u. Abdominaltyphus gleichzeitig b. demselb. Indiv. Prag med. Wochenschr. I, 8.

Fournier, Alfred, Paralyse d. Nervus mentalis bei Syphilis. Gaz. hebd. 2. S. XIII. 51.

Gilruth, G. R., Condylomatöse Excrescenzen am After, behandelt mit Escharoticis. Edinb. med. Journ. XXII. (Nr. 258.) Decemb.

Güntz, J. Edmund, Ueber die Contagiosität der spitzen Condylome. Jahresber. d. G. f. Natur- u. Heilkunde in Dresden 1875/76. p. 103. — Berl. klin. Wochenschr. XIII. 39. — Arch. of Dermatol. III. 1. p. 14. Oct.

Hardy, Gangränöses tuberculös-ulceröses Syphilid. Gaz. des Hôp. 122.

Hulke, a) Primär syphil. Geschwür an der Unterlippe; Lymphdrüsengeschwulst am Kieferwinkel. — b) Secundär syphilit. Geschwür am Augenlid. Med. Times and Gaz. Oct. 21. p. 462, 463.

Hutchinson, Jonathan, Ueber Colles' Gesetz u. d. Uebertragung d. Syphilis vom Fötus auf d. Mutter. Med. Times and Gaz. Dec. 9.

Isambert, Ueber secundäre Syphilis d. Larynx. Ann. des mal. de l'oreille et du larynx II. 4. p. 127. Oct.

Kétli, Carl, Syphilit. Geschwulst im Kleinhirn; plötzl. Tod. Pester med.-chirurg. Presse XII. 43.

Le Deute, Syphil. Affection d. tiefen Augenmembranen. Gaz. des Hôp. 131.

Lewin, G., Ueber Behandl. d. Syphilis mit hypodermat. Sublimat-Injectionen. Berl. klin. Wchnschr. XIII. 45.

Lochmann, Ueber das Prostitutionswesen und die Ausbreitung der vener. Krankheiten. Norsk Mag. 3. R. VI. 11. Ges.-Verh. S. 150.

Mac Swiney, Stephen M., Phthisis syphilitica. Dubl. Journ. XVII. p. 456, 496. (3. S. Nr. 60.) Dec.

Mauriac, Charles, Ueber die Syphilis d. Nasenrachenraumes. L'Union 117, 120, 124, 130. — Gaz. de Par. 38, 42.

Micle W. Julius, Ueber Syphilis bei Geisteskranken. Brit. Rev. LVIII. (116.) p. 439. Oct.

Murri, Augusto, Le diagnosi delle lesioni sifilitiche del cervello. Bologna. Tipi Gamberini e Parmegiani. 8. 74. pp.

Neumann, Isidor, Ueber subcutane Injection von Quecksilber gegen Syphilis. Wien. med. Presse XVII. 45. p. 1449. — Wien. med. Wchnschr. XXVI. 46. p. 1130.

Ory, Eugène, Recherches cliniques sur l'étiologie des syphilides malignes précoces. Paris. J. B. Bailière et fils 8. 98 pp. 2 Mk. 50 Pf.

Paschkis, Heinrich, Ueber die Unterscheidung vener. von anderweitig an den weibl. Genitalien entstandenen Affectionen in forens. Beziehung. Wien med. Presse XVII. 47, 48.

Sigmund, Ritter v. Ilanor, Carl, Ueber neuere Behandlungsweisen d. Syphilis. (Wiener Klinik.) Wien. Urban u. Schwarzenberg. gr. 8. 36. S. 1. Mk.

Strambio G. Ueber Tayuya gegen Syphilis u. Scrophulose. Gaz. Lomb. 7. S. III. 37.

Taylor, R. W., Seltene Form d. Initialerkrankung b. Syphilis. Arch. of Dermatol. III. 1. p. 5. Oct.

Thiry, Constitutionelle Syphilis; Chloro-Anämie; Orchitis syphil.; Affection d. rechten Lunge; Bemerkungen über d. Differentialdiagnose zwischen Tuberculose u. Syphilis. Presse méd. XXVIII. 51.

Thiry, Ueber Orchitis blennorrhagica. Presse méd. XXVIII.

Vanderbeck, C. C., Gummöse Exsudation im Gehirn. Philad. med. and surg. Reporter XXXV. 11. p. 205. Sept.

Will, J. C. Ogilvie, Ueber Behandlung d. Trippers d. »Isolation.« Med. Times and Gaz. Oct. 14.

Zeissl, Ueber Orchitis syphilitica. Wien med. Presse XVII. 41, 42.

Originalabhandlungen.

Zur Lehre von den Metastasen

von

Dr. J. Caspary in Königsberg

in Preussen.

Als ich vor einer Reihe von Jahren Hebra's Lehrbuch der Hautkrankheiten zum ersten Male las, hatte ich den Eindruck, als sei die immer wiederkehrende Bekämpfung der alten Metastasenlehre mit gar zu grossem Eifer geführt. Eine ähnliche Empfindung hatte ich vor mehreren Jahren, als ich Hebra's Klinik und die Vorlesungen seiner Schüler besuchte. Von vorzugsweise chirurgischen Studien herkommend glaubte ich die Nothwendigkeit der örtlichen Behandlung der Hautausschläge, Geschwüre, Fisteln allerwärts anerkannt, und dass man sich allseitig um möglichst schnelle Beseitigung solcher Leiden bemühe. Aber ich überzeuge mich immer mehr, dass ich im Irrthume gewesen bin, wenn ich die alte Metastasenlehre, von der ich in der Schule kaum etwas gehört hatte, für abgethan hielt. Eine ganze Anzahl mir hochachtbarer Collegen fand ich bei gelegentlichen Besprechungen durchaus abgeneigt, impetiginöse Ekzeme des Gesichts und Kopfes kleiner Kinder einem örtlichen Heilverfahren zu unterziehen. Nachdem ich ferner angefangen hatte, darauf zu achten, traf ich in der neuesten Literatur vielfache Behauptungen ähnlicher Art, von Autoren ausgehend, deren Namen überall respectirt werden. Ja ich fand — mit einer Art Schrecken — von beachtenswerthester Seite die ganze Metastasenlehre mit ihrer Furcht vor Phthisis-Entstehung nach Fistelheilung, mit ihrem Rath zu Fontanellbildung nach Schluss alter Geschwüre, wieder als min-

destens discutirbar, wahrscheinlich aber als wohlberechtigt dargestellt.

Je öfter ich auf Behauptungen für und wider die alte Versetzungslehre stiess, um so mehr stieg mein Interesse für ihre praktische und theoretische Bedeutung, und um so erlaubter erschien mir der Versuch einer kurzen Zusammenstellung über den heutigen Stand der Frage. Ich habe nicht entfernt die Prätension, eine historisch-kritische Abhandlung geben zu wollen, nur skizzenhaft denke ich darzulegen, was ich bei den verschiedenen Autoren Verschiedenes gefunden habe; zum Schluss das „Für“ und „Wider“, soweit ich es vermag, zu erwägen; vor Allem aber die Aufmerksamkeit auf die vielleicht von Vielen unbemerkte Auferstehung zu lenken.

Die Lehre von den Metastasen ist so alt wie die Geschichte der medicinischen Theorien, und es möchte wohl lohnend sein, den Wandel derselben durch die einzelnen Systeme der Pathologie zu verfolgen. Ich glaube, dass ein gutes Stück Geschichte der Medicin sich auf diese Weise recht anschaulich deduciren liesse. Die Materia peccans, das Crudum et Intemperatum der Hippokratiker kehrte in allen humoralpathologischen Systemen wieder. Ob das θεῖον des Hippokrates, ob der Archäus des Paracelsus, ob die Vis vitalis der naturphilosophischen Schule im Kampfe gegen die Schärfen sich ungenügend erwies, und deren mangelhafte Entleerung nach aussen zu Versetzungen auf edlere Organe führte — immer war es, um einen Ausdruck Henle's zu gebrauchen, die alte Fabel, nur die Figuren wechselten. Was man hier durch Zurückhaltung einer pathischen, dem Organismus verderblichen Materie nach Versiegen einer Ausscheidungsstelle oder durch Ueberführung eines bereits abgelagerten Krankheitsproducts von einem Ort zum andern entstehen liess, führten die Neuropathologen auf Sympathie und Antagonismus zurück.

Aber ich kenne die alten Systeme und Anschauungen nicht aus den Quellen; und ich fühle mich nur soweit zum Referiren berechtigt, als ich Specialwerke hervorragender Autoren habe durchsehen können. Ueberdies musste ich mich beschränken, wollte ich bei dem überall vorfindlichen und doch immer nur nebenbei behandelten Material meinen Ausgangspunkt: die Zulässigkeit der örtlichen Dermatiatrik nicht aus dem Auge verlieren. Der Schöpfer

der energischen Localbehandlung der Hautkrankheiten ist Hebra. Mir kam es zunächst darauf an, die Ansichten von Autoren kennen zu lernen, die nicht lange vor ihm oder gleichzeitig in Geltung waren. Um nicht lange umherzusuchen, entschloss ich mich, aus meiner Büchersammlung in erster Linie die Werke berühmter Chirurgen darauf hin zu durchsuchen. Ich beginne mit einem Citat aus den „Anfangsgründen der Wundarzneikunst“ des grossen August Gottlieb Richter (Göttingen 1799—1804. 3. Auflage, Bd. I. S. 484): „Vorzüglich empfiehlt man bei der Kur alter Geschwüre grosse Behutsamkeit. Die Natur, sagt man, hat sich an den Ausfluss durch dieselben dergestalt gewöhnt, dass nach Heilung derselben oft fürchterliche Zufälle, Schwindsucht, Schlagfluss, Stickfluss und mancherlei andere Krankheiten entstehen, welche nach Verstopfung natürlicher Ausleerungen zu entstehen pflegen. Dies mag nun wohl der Fall wirklich zuweilen sein; indessen ist es sehr wahrscheinlich, dass diese Geschwüre, wenn sie einzig und allein von örtlichen Ursachen herrühren, so alt sie auch sind, dreist geheilt werden dürfen, und dass nach der Heilung durch äussere Mittel nur dann üble Zufälle erfolgen, wenn das Geschwür von inneren Ursachen herrührt, worauf bei der Kur nicht Rücksicht genommen worden und welche nun folglich nach anderen Theilen hinwirken. Da nun diese inneren Ursachen oft sehr verborgen sind, ist es immer rathsam, ehe man die Kur eines solchen Geschwüres übernimmt, ein künstliches Geschwür an einen bequemen Ort zu legen, um die Wirkung der inneren Ursache, falls eine da ist, nach Heilung des Geschwüres dahin zu lenken.“ In ähnlich massvoller Weise spricht sich Richter bei den Mastdarmfisteln u. s. w. aus, in wohlthuendem Gegensatz gegen die gleich zu nennenden Chirurgen; die Entstehung von Geschwüren nach zurückgetriebenen Hautausschlägen, vornehmlich der Krätze, des bösen Kopfes und der Flechte (Ibidem S. 471) spielen auch bei ihm eine Rolle.

Viel schroffer sind die Ansichten von Joh. Nepomuk Rust. Ich sehe ganz von seiner Helkologie ab und wähle von vielen bezüglichen Stellen eine aus den „Aufsätzen und Abhandlungen aus dem Gebiete der Medicin, Chirurgie und Staatsarzneikunde“ (Berlin 1836. Bd. II. S. 450), einem der letzten und bedeutendsten Werke Rust's. „Noch viel seltener als (After- und Thränen-)

Fisteln lässt sich die Flechte — sie erscheine nun als blosse Hautkrankheit (impetigo) oder unter der Form eines Geschwürs — als örtliches Leiden ansehen, da ihr Verschwinden von der Oberfläche des Körpers, sei es nun in Folge äusserer, zweckwidrig angewandter Arzneimittel oder zufälliger Einwirkungen nicht ungestraft zu geschehen pflegt. Ja, das Verschwinden eines Flechtenübels in Folge der rationellsten ärztlichen Behandlung ohne alle Anwendung örtlicher Mittel ist nicht selten von sehr übeln Folgen für den Gesammtorganismus. Ich habe nicht allein anhaltende Kränklichkeiten aller Art, sondern auch Zehrfieber, Brustwassersucht, Blindheit, Taubheit, Epilepsie, Schlagfluss etc. hierauf erfolgen und wieder verschwinden sehen, wenn man so glücklich war, die Flechte wieder hervorzurufen.“ Ich will doch noch hinzufügen, dass Rust an derselben Stelle (ausser den Carcinomen) folgende Uebel der rein chirurgischen Behandlung entziehen will, weil sie in der Mehrzahl der Fälle blos äussere Reflexe von Allgemeinleiden seien: die Pterygien, Atherome, Hydrocelen, Warzen, Muttermäler etc. Er schliesst die Abhandlung mit den Worten: Man beherzige den Satz: Nicht alles will kurirt sein!

Ich unterlasse es, aus dem „Theoretisch-praktischen Handbuch der Chirurgie in alphabetischer Ordnung, unter Mitwirkung eines Vereines von Aerzten, herausgegeben von Joh. N. Rust“ (Berlin u. Wien 1830—36) Auszüge über das Zurücktreten von Hautausschlägen (Bd. VIII. S. 228), über Fistula ani (Bd. VII. S. 150) zu geben, da sie den Ansichten Rust's identisch sind. Aber ich habe Grund, einen kleinen Theil des von dem berühmten Historiker der Medicin J. Fr. K. Hecker gelieferten Artikels über Metastasis (Bd. XII. S. 30) wiederzugeben. „Metastasis, die Versetzung, ist ein uralter pathologischer Begriff für die Uebertragung einer Krankheit auf ein vorher nicht afficirtes Organ, wonach das frühere Leiden entweder ganz verschwindet, oder wenigstens verringert wird. Die Verhältnisse bei diesem Vorgange sind bei der grossen Mannigfaltigkeit der Krankheiten sehr verschiedenartig. Denn bald entscheidet sich irgend ein Allgemeinleiden durch eine örtliche Affection, wie z. B. ein entzündliches Fieber durch einen Abscess in der Wade, oder ein örtliches Leiden geht in ein anderes in einem entfernten Theile über, wie z. B. eine Parotitis in eine Hodenentzündung, oder ein Tripper in eine Augenentzündung,

oder eine traumatische Entzündung am Kopfe macht Leberabscesse u. s. w. Will man den Begriff der Metastase ganz weit ausdehnen, so gibt es fast in jeder Krankeit metastatische Erscheinungen, herbeigeführt durch consensuelle und antagonistische Regungen, welche entweder stellvertretende Absonderungen herbeiführen, oder auch innerhalb der Grenzen dynamischer Affectionen in den Nerven und Gefässen ohne wesentliche materielle Veränderungen stehen bleiben. . . Die häufigsten metastatischen Erscheinungen, welche dem praktischen Arzte vorkommen, sind ohne Zweifel die Hautausschläge, vornehmlich die acuten; doch stehen auch die meisten chronischen, vorausgesetzt, dass sie sich durch ein inneres Allgemeinleiden herausbilden, und nicht blos von aussen gekommene Localaffectionen der Haut sind, wie z. B. die Krätze, in derselben Kategorie. . . . Arthritische und selbst syphilitische Exantheme sind offenbar metastatischer Natur und leiten zuweilen das innere Uebel auf eine sehr erwünschte Weise nach der Haut hin ab. Auf dieser metastatischen Natur der Ausschläge beruht sogar der sehr glückliche Erfolg der Ableitungen auf der Haut, Blasenpflaster, Brechweinsteinsalbe, rothmachende Mittel etc., deren Wirkungen man erzwungene Metastasen nennen kann — mit einem Worte die ganze ableitende Methode; denn was an den Metastasen die Natur bewerkstelligt, das thut in dieser der Arzt auf sehr verschiedenartige Weise."

Philipp v. Walther hat in seinem System der Chirurgie (Berlin, später Freiburg in Breisgau 1833—52) der „Psorophthalmie" ein eigenes Capitel gewidmet (Bd. III, Cap. XV). Er versteht darunter eine eigenthümliche Form der Blepharitis marginalis und ciliaris; sie habe eine specifische Natur, insoferne sie allezeit dyskrasisch bedingt sei. Aber sie habe nicht gerade den psorischen Charakter, sie komme zwar bei Krätzigen, aber nicht bei allen, und auch bei Menschen vor, die nicht an der Krätze, sondern an anderen chronischen Hautausschlägen, an Herpes, an der Kinnflechte, an Kopfgrind, an Crusta serpiginosa etc. leiden oder früher daran gelitten haben; sie stehe mit Fussgeschwüren, besonders wenn diese nach langem offenem Bestande zugeheilt worden sind, in ursächlichem Zusammenhange u. s. w. . . . Klarer ist Walther's Angabe über den Nutzen von Geschwüren (Bd. I. S. 103). „Die Helkose ist auch in vielen Fällen heilsam.

Bei tiefer eingewurzelten Krankheiten hat die Natür öfters mit Krankheitsstoffen zu kämpfen, welche sie nicht vollkommen subigiren und ebensowenig durch die bestehenden Excretionsorgane vollständig eliminiren kann. Um die Zahl der letzten zu vermehren, sie in ihrer Wirksamkeit zu unterstützen, zu erleichtern, für die unthätig gewordenen zu vicariren, ebenso um andere schon früher bestandene, jetzt stockende krankhafte Secretionen und Ausscheidungen, Blennorrhöen, partielle fötide Schweisse, heilsame Blutungen zu ersetzen, legt sie durch eingeleitete ulceröse Entzündung ein neues Secretionsorgan im äusseren dermatischen Systeme an, durch welches oft sehr reichlich überflüssiger Bildungsstoff und der Qualität nach fehlerhafter Krankheitsstoff ausgeschieden wird. — Auch abgesehen von diesem inneren pathogenetischen Verhältnisse ist zu bemerken, dass selbst ursprünglich rein local bedingte, aber chronische und zur Gewohnheit gewordene Geschwüre an der äusseren Oberfläche in eigenthümliche Wechselbeziehungen zu dem Gesammtorganismus überhaupt, und insbesondere zu den einzelnen inneren Secretionsorganen treten. Fliesst das Geschwür reichlich, so ist öfters eine oder die andere natürliche Absonderung sparsam oder ganz unterdrückt — und umgekehrt kann die Helkose auch auf solche Weise bei einmal stattfindendem langwierigem Bestande zur Erhaltung einer relativen allgemeinen Gesundheit nothwendig werden, und die plötzliche künstliche oder freiwillige Geschwürsaustrocknung als Ursache und als Zeichen entweder die schädlichsten Wirkungen hervorbringen, oder prognostisch von schlimmer Bedeutung sein.“

Als last, not least in der Reihe der älteren Chirurgen sei hier noch Dieffenbach erwähnt. In seiner operativen Chirurgie (Leipzig 1848. Bd. II. S. 676) heisst es: „Die Operation der Mastdarmfisteln darf nur dann unternommen werden, wenn die Mastdarmfistel nicht Reflex eines Brust- oder Unterleibsleidens ist, sondern auf einer örtlichen Disposition beruht. Immer ist zuvor eine allgemeine auflösende, abführende Behandlung einzuleiten, da eben durch Vernachlässigung einer allgemeinen Vorkur leicht lebensgefährliche Brust- oder Unterleibskrankheiten entstehen. Am verwerflichsten aber ist jede Operation der Mastdarmfistel, wenn durch ihre Entstehung andere Krankheiten gehoben oder erleichtert wurden.

Von Internen sei zunächst C. W. Hufeland angeführt, dessen Eklekticismus auch bei der Besprechung der chronischen Exantheme klar zu Tage tritt. Er sagt (Enchiridion medicum. Berlin 1836. 2. Aufl. S. 519): Die Haut ist das allgemeinste, stärkste Secretions- und Reinigungsorgan des Organismus, das sehr leicht zu Ablagerung von nachtheiligen inneren Krankheitsstoffen dienen kann und dazu häufig von der Natur benutzt wird. Sie steht durch die Nerven in der allgemeinsten und genauesten Verbindung mit dem ganzen Organismus, so dass sie durch Reizungen aller inneren Theile krankhaft afficirt werden kann. Entferntere Ursachen der chronischen Exantheme sind u. A. schlechte Diät, der häufige Genuss scharfer, salziger, geräucherter verdorbener fetter Nahrungsmittel, des Käse, der hitzigen Getränke, aber auch der zu reichlichen Nahrung, die Ueberfüllung des Körpers mit Säften, wodurch nicht blos Cruditäten der ersten Wege, sondern auch der zweiten, d. h. nicht gehörig verarbeitete und assimilirte Stoffe im Blute entstehen, welche dann als Schärfen in der Haut abgesetzt werden, ferner (sind Ursachen) Metastasen auf der Haut durch Unterdrückung anderer Secretionen, des Darmkanals, der Leber, der Nieren, der Menstruation, der Hämorrhoiden, oder krankhafte Ausscheidungen und Krisen, der Schleimflüsse, der Gichtkrasen, der Ruhr, der Wechselfieber. . . . Bei lange dauernden Hautkrankheiten tritt noch eine Ursache hinzu, welche die Hartnäckigkeit des Uebels begründet, die Gewohnheit. Die Natur hat sich am Ende daran gewöhnt, es ist ein Abscheidungsorgan geworden, in welches sich die krankhaften Stoffe ablagern, und was nun in die Reihe der nothwendig gewordenen Secretionen gehört.

In „Schönlein's allgemeiner und specieller Pathologie und Therapie, nach dessen Vorlesungen niedergeschrieben und herausgegeben von einigen seiner Zuhörer. 4. Aufl. St. Gallen u. Leipzig 1839“ finden sich die Metastasen des Breitesten besprochen. Ich hatte Anstand genommen, die darin niedergelegten Ansichten als die damaligen Schönlein's anzusehen, weil Virchow in seiner Gedächtnissrede auf Letzteren die Zuverlässigkeit der Herausgeber bestreitet, aber ich finde das Werk (nur eine spätere Auflage, als die in meinem Besitze befindliche) vielseitig citirt, so von Waldenburg, Thomas u. A. Ich excerpire eine kurze Notiz (aus Theil III S. 6) „Die älteren Aerzte, ihrer Ansicht vom Wesen der Im-

petigines gemäss, haben immer als einen Grundsatz ihrer Pathologie aufgestellt, dass nach Vertreibung impetiginöser Formen, Befallen innerer Organe eintritt. Anders die neuere Schule, die in der Zerstörung gar keinen Nachtheil, ja in derselben und zwar in der möglichst schnellen Vernichtung die einzige Heilaufgabe zu finden glaubt. Befragt man dagegen die Erfahrung, so zeigt sie in der niederen Volksklasse namentlich eine Menge chronischer Krankheiten nach, als deren Ursache vertriebene Hautausschläge angesehen werden müssen. Autenrieth hat das Verdienst dieses Nachweises (in einem klassischen Werke über die Krätzkrankheiten gibt er die Zahl der jährlichen Todesfälle durch unterdrückte Krätze allein im kleinen Königreich Württemberg auf 12000 an). Die Nachkrankheiten in Folge des Vertreibens sind Entzündungen (Meningitis, Peritonitis, Pleuresie, Carditis impetiginosa etc.) und Tuberculose. Welches Organ befallen werde, scheint einmal von der impetiginösen Form abzuhängen. Einzelne Formen z. B. Scabies befallen fast alle Gebilde; andere z. B. Herpes nur bestimmte, die Lunge oder was häufiger ist, den Magen. Häufiger als Haematosen sind Neurosen in Folge vertriebener Hautausschläge. Am seltensten wird das Gehirn befallen und wenn, vorzugsweise die vordere Partie, so entsteht eine eigenthümliche Form von Schwindel — Krätzschwindel — oder es kommt zur idiopathischen Epilepsie oder zu Amaurose" u. s. f. fast bis ins Unbegrenzte.

Zurückhaltender, aber doch ähnlichen Sinnes ist die Erklärung in Canstatt's Specieller Pathologie und Therapie (3. Aufl. von Henoch. Erlangen 1856. Bd. III. S. 857 u.ff.) zu einer Zeit gegeben, als Hebra's Lehren schon allbekannt waren. „Man verstand unter Metastasen der Hautkrankheiten das Verschwinden einer Hautkrankheit und die darauffolgende Entwicklung einer inneren Krankheit, welche man eben von dem Zurückweichen der Krankheitsstoffe von der Hautoberfläche nach innen abhängig machte und dadurch heilen wollte, dass man die versiegte Absonderung auf der Haut wieder hervorrief. Dass ein solcher Connex wirklich vorkommt, wird durch zahlreiche Thatsachen ausser Zweifel gesetzt, nur entspricht die früher übliche Erklärungsweise derselben, die schon durch die Entdeckung der Krätzmilbe einen argen Stoss bekam, nicht mehr dem jetzigen Stande der Wissenschaft. Chausit verwirft mit Recht die Annahme des Zurück-

tretens eines eigenthümlichen Krankheitsstoffes, wofür uns bis jetzt alle sicheren Beweise fehlen, und lässt die sogenannte Metastase nur durch Uebertragung der krankhaften Thätigkeit auf dem Wege der Sympathie zu Stande kommen. . . . Chausit macht darauf aufmerksam, dass im Allgemeinen die Symptome der sogenannten Metastase mit der Natur der vorausgegangenen Hautkrankheit übereinstimmen, dass z. B. nach dem Verschwinden einer Hautneurose, wie der Prurigo, nervöse Störungen in der Lunge (Asthma) oder im Magen (Cardialgie) entstehen, dass mit der Entzündung oder anderen Affectionen der Talgdrüsen nicht selten Störungen der Leberfunctionen abwechseln u. s. w. . . . Offenerhalten und Betheiligung sämmtlicher Se- und Excretionsorgane ist eine der wichtigsten Hilfen in der Behandlung chronischer Hautentzündungen. Die evacuirende Methode, besonders durch Abführmittel, die man an den zwar nicht wissenschaftlich, aber empirisch gerechtfertigten Begriff einer den Hautkrankheiten eigenthümlichen Schärfe knüpft, hat von jeher in der Therapeutik dieser Affectionen eine grosse Rolle gespielt, und ist auch in der That von entschieden günstiger Wirkung. Auch das mit der äusseren Haut in inniger Wechselbeziehung stehende Harnsystem muss daher durch Diuretica angesprochen werden. Die Tinctura Cantharidum nimmt in dem Heilmittelschatze gegen Hautkrankheiten einen hohen Rang ein. . . Wenn der Ausschlag lange Zeit bestanden hat, mit beträchtlicher Reizung und Absonderung verbunden war, und man annehmen muss, dass sich vielleicht der Organismus gewissermassen daran gewöhnt habe und die Versiechung der pathologischen Secretion üble Folgen für das Gesammtbefinden nach sich ziehen könne, so ist es der Vorsicht gemäss vor der völligen Vertrocknung des Ausschlags eine oder mehrere Fontanellen anlegen zu lassen.“

Aehnlich wie von Chausit ist auch von anderen Neuropathologen im Interesse des Systems die alte Metastasenlehre bekämpft worden. Es wird auch an einzelnen Stimmen nicht gefehlt haben, die aus Erfahrungsgründen oder von irgend welchen theoretischen Schlüssen ausgehend, die depuratorische Wirkung der Hautausschläge bezweifelten und Localbehandlung empfahlen. Sehen wir doch den alten Richter schon darauf hinweisen und vor den Ausschreitungen der Humoralpathologie warnen. Die anderen

Citate werden — wie ja auch zum grössten Theil die Richters selbst — beweisen, welche Ansichten bis zu Hebra die allgemein giltigen waren. Man nahm die meisten Ausschläge gleich dem Secret äusserer Geschwüre und Fisteln für ein Excret des mit Schärfen überladenen Blutes oder für eine günstige Ableitung von inneren Organen; nach dem „Verschmieren" durch ärztliche Kunst oder dem Zurücktreten durch Erkältung oder andere noch unbekanntere Verhältnisse war Allgemeinleiden oder Erkrankung innerer Theile zu gewärtigen. Verschwanden nässende oder eiternde Exantheme nach langem Bestande, so war noch die Verhinderung der habituellen Secretion zu fürchten, auch wenn man sich keine pathischen Stoffe im Blute zurückgehalten dachte. In allen Fällen war das Heil nur von dem Wiedererscheinen des Exanthems zu erwarten, daher man dieses hervorzurufen oder künstlichen Ersatz durch Fontanellen u. A. herzustellen suchte. Es ist nun sehr interessant zu verfolgen, wie Hebra in seinen früheren Publikationen sich anfangs schüchtern, dann immer schroffer gegen die Schulansichten, in denen er auch erzogen war, wendet. In der ältesten mir zugänglichen Schrift Hebra's (Med. Jahrbücher des k. k. österreichischen Staates. Wien 1842. Bd. 40. S. 86. Jahresbericht aus Skoda's Abtheilung für chronische Hautausschläge) behauptet er, mit ziemlicher Gewissheit schliessen zu können, dass nicht jede Krätze durch Ansteckung entstehe, ob jedoch dieser spontan sich entwickelnden Scabies nothwendig ein Leiden der ganzen Säftemasse zu Grunde liegen müsse, oder ob vielleicht eine eigenthümliche Beschaffenheit und krankhafte Thätigkeit des Hautorgans bei einwirkender schädlicher Potenz schon hinreiche, diese Uebel in bestimmten Fällen zu erzeugen und zu regeneriren, dieses sei eine andere noch unerörterte Frage. . . . Folgt die Erörterung, nach der Hebra es nicht für sehr gewagt hält, sich gegen die Annahme einer Dyscrasia psorica auszusprechen. — Aus dem Jahre 1845 stammt der Aufsatz: Ueber die richtige Diagnose der Hautkrankheiten (Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien Jahrgang I. Bd. II), in der der herpetischen Dyskrasie der Krieg erklärt und eine genaue Unterscheidung der dyskrasischen von den localen Hautkrankheiten gefordert wird. Darin heisst es (S. 338): „Wem es in den Sinn kommen sollte . . . Psoriasis . . . blos durch äusseres Verfahren heilen zu wollen, würde vergebens dem

ersehnten Ziele entgegen sehen. — Endlich in den dermatologischen Skizzen (Ibidem Jahrgang III. Bd. I. 1846), in denen die ganze Metastasenlehre für eine Irrlehre erklärt wird, verweist Hebra (S. 355) Jeden, der sich über das Entstehen von Metastasen gründlich belehren will, auf Henle's Handbuch der rationellen Pathologie (Braunschweig 1846), das die praktischen Forschungen der physiologischen Schule zum Ausdruck bringe. Und was finde ich in der angezogenen Stelle? Unter anderen Folgendes (Bd. I. S. 345): „Jede Art von Sympathie und Antagonismus gibt zu Metastasen Gelegenheit; die Sympathie zwischen Parotis und Hoden, Uterus und Brüsten ist sogar hauptsächlich aus den Metastasen erschlossen, welche in Krankheiten von einem dieser Organe zum anderen vorkommen. . . Ich muss noch die bedenklichen, einer näheren Erklärung bis jetzt unzugänglichen Zufälle erwähnen, welche nach Unterdrückung von Flechten und Fussschweissen, nach Heilung von atonischen Fussgeschwüren und Mastdarmfisteln entstehen. Die Absonderungen, welche durch die kranken Flächen geliefert wurden, sind zum Theile zu unbedeutend und die consecutiven Processe, am häufigsten Lungentuberculose zu sehr eigenthümlich dyskrasischer Natur, als dass man die letztere allein von der Vermehrung, d. h. von der aufhörenden Veränderung der Blutmasse herleiten könnte. Hier kann man nicht umhin, an die Zurückhaltung einer pathischen, dem Organismus verderblichen Materie zu denken, so erfolglos auch die Versuche, eine solche nachzuweisen, geblieben sind. . . . In der ganzen Reihe der bisher aufgezählten Metastasen findet sich noch keine, welche der Definition, wie sie die Humoralpathologie gibt, vollkommen entspräche. Das Gemeinsame ist zwar überall ein Ueberspringen des Krankheitsprocesses, aber nirgends findet das in der Art statt, dass die Gefässe ein bereits abgelagertes Krankheitsproduct von einem Ort zum andern transportirten. Ich will schliesslich die Möglichkeit eines solchen Vorganges nicht in Abrede stellen, jedoch scheint er sich nur unter seltenen Bedingungen wirklich zu ereignen.“ Für eine solche Bundesgenossenschaft wird sich wohl Hebra nicht lange danach schönstens bedankt haben.

Einen klaren Ueberblick über Hebra's Wirken und seine Lehre gibt sein grosses Werk über Hautkrankheiten (in Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie Band III.

Aufl. 2. Erlangen 1874—76 unter Kaposi's Mitarbeiterschaft vollendet), seit dessen Erscheinen die Dermatologie eine andere Gestaltung gewonnen hat. Aber was Hebra in der Lehre von den Metastasen geleistet hat, ragt über den Rahmen der Dermatologie hinaus; seltsam genug, dass der begeisterte Anhänger Rokitansky's, selbst eine gefeierte Grösse der Wiener Schule, als Vorkämpfer aufgetreten ist — für die Cellularpathologie. Der Weg, auf dem Hebra dahin kam, alle psorischen, herpetischen, impetiginösen Dyskrasien, alle Metastasen in dem damaligen Sinne der Versetzungslehre zu läugnen, liegt klar vor Augen. In den hochbedeutsamen dermatologischen Skizzen schildert er es selbst: „Wer meine zu Anfang meiner dermatologischen Studien in's Leben gesetzten Ansichten über Hautkrankheiten (Med. Jahrb. 1842—44) mit meinen später entwickelten (Zeitschr. der k. k. Gesellschaft der Aerzte I. u. II. Bd.) vergleicht, der wird leicht einsehen, dass ich anfangs in denselben Vorurtheilen und Theorien befangen war, wie jeder andere Arzt. . . . Der herrschenden Meinung zufolge, dass alle Hautkrankheiten dyskrasischen Ursprunges sind, suchte man in den Laxanzen, im Antimon und anderen inneren Mitteln . . . sein Heil, doch wie jeder praktische Arzt zu seinem Missvergnügen oft genug erfahren haben wird — umsonst. Die Insufficienz nun der sogenannten innerlichen Heilmittel bei Behandlung von chronischen Hautkrankheiten und nicht etwa Oppositionsgeist der Neuerungssucht zwang mich, auf andere Wege zu sinnen, um zum Ziele zu gelangen. Es widerstanden zwar viele Dermatosen lange den therapeutischen Eingriffen, manche konnten gar nicht geändert werden, andere kehrten kaum entfernt in kurzer Zeit wieder, aber in keinem einzigen Falle unter 15000 sah ich je eine Metastase einer chronischen Hautkrankheit, noch ein wegen Aufhören derselben in einem anderen Theile des Körpers entstehendes Leiden." Weiter wird dann auch ausgeführt, worauf nach des Autors Meinung der Irrthum der Lehre von den Metastasen chronischer Ausschläge beruht, aber ich ziehe es vor, darüber eine noch prägnantere Auslassung aus dem Lehrbuch (Abtheil. I. S. 60) hieherzusetzen: „In Folge von Anämie der Haut durch anomale Innervation sehen wir beim plötzlichen Eintritt einer Ohnmacht vorhandene, durch Röthungen sich kundgebende Dermatosen verschwinden und bei rückkehrendem Bewusstsein wieder erscheinen;

aus demselben Grunde erblassen in der Agonie geröthet gewesene Hautstellen. Denselben Einfluss auf mancherlei Hautübel hat nun auch die vom Blutverluste herrührende Hautanämie, es mag dieselbe schnell durch Blutungen oder nur allmälig durch Consumption der Blutmasse entstanden sein. Darum schwinden chronische Hautleiden, wenn fieberhafte oder langwierige Erkrankungen des Gesammtorganismus, wie Pneumonie, Typhus etc. einen Säfteverlust veranlassten, und zwar geschieht dies in dem Maasse als die Allgemeinkrankheit vorschreitet. So hat man Gelegenheit zu beobachten, dass chronische Dermatosen mit acuten Erkrankungen innerer Organe alterniren, da jene auf die Dauer der letzteren schwinden und erst dann wieder zum Vorschein kommen, wenn die Reconvalescenz von dem innerlichen Uebel im Gange ist. Nie findet das umgekehrte Verhältniss statt, dass nämlich die Hautkrankheit früher schwindet, und dass das Erkranken der inneren Organe als Folge davon auftrete." (Ob wirklich Anämie der Haut immer das Mittelglied bildet? Auch bei Scarlatina und anderen acuten Exanthemen schwindet der früher bestandene chronische Ausschlag, während doch die Haut sicher hyperämisch ist. Ist es nicht vielmehr in vielen Fällen der Stoffhunger des Organismus, die Aufsaugung alles Resorbirbaren durch den lebhafteren Stoffumsatz, unter dem Mangel der Nahrungszufuhr? Wissen wir doch, dass es bei hungernden Thieren zu Resorption so lebenswichtiger Organe, wie Hoden und Leber kommen kann. [1]).

Hebra ging in der Verfolgung der Metastasenlehre noch weiter. Zunächst geschah es in Vertheidigung der eigenen Principien, wenn er das „Verschmieren," das Zurückdrängen durch örtliche Mittel darum für unmöglich erklärte, weil die Haut geeignet sei, medicamentöse Stoffe selbst bei unverletzter Epidermis aufzunehmen und dem Blute zuzuführen (Lehrbuch Abth. I. S. 34). Nun, einmal ist diese Behauptung heute schwer haltbar, aber es wäre auch gar nicht gelegen, wenn z. B. Bleipräparate, die Hebra mit so vielem Erfolge lange Zeit hindurch gebrauchen lässt, so das Ungt. Diachyl. bei Ekzem, zur Resorption käme. — Aggressiver ging Hebra von Früh an gegen „die so beliebte ätiologische Pandora-Büchse, genannt Erkältung" vor. Seiner Ansicht nach

[1]) Lehrbuch d. Physiologie v. Grünhagen. Bd. I. Leipz. 1876. S. 415.

ist es besser, seine Unwissenheit in Bezug auf die Aetiologie einer Krankheit einzugestehen, als sich hinter nichtssagende, der Wissenschaft unwürdige Gemeinplätze, wozu vor Allem der Ausdruck Erkältung gehört, zu verschanzen, um den Satz „obscure obscurioribus dilucidare" bekräftigen zu helfen (Ibidem S. 459). Es wird wohl wenig Aerzte geben, die nicht im Stande wären, Fälle von Pneumonie, Synovitis, Tonsillitis oder andere mit Sicherheit auf zweifellose Erkältungen zurückzuführen, indem die Wirkung der Ursache unmittelbar folgte. Dass eine allgemeingiltige Erklärung nicht vorhanden ist, dass z. B. Bartels [1]) auf den Schaden der collateralen Fluxion für sich allein oder in Verbindung mit Veränderungen der Blutwärme hinweist; Seitz [2]) auf reflectorische, von den sensiblen Hautnerven ausgehende Vorgänge, kann an der Erfahrungsthatsache nicht irre machen.

Wie es Hebra daran lag, die Erkältung als eine oft beschuldigte Ursache des „Zurücktretens" von Exanthemen zu discreditiren, so sucht er auch eine andere Stütze der Metastasenfurcht, die ganze Lehre von der revulsiven Methode zu vernichten. In der energischen Bekämpfung der Vorstellungen von der Nothwendigkeit, früher bestandene Ausschläge zur Entlastung anderer Organe wieder herzustellen; Fontanellen anzulegen zur Ausscheidung von Blutschärfen oder als Ersatz für erloschene habituelle Secretion; hydropathisch erzeugte artificielle Ekzeme für kritische Ausscheidungen zu halten, geht Hebra so weit zu behaupten, dass es unmöglich ist, durch einen künstlich gesetzten Hautreiz eine im Gehirn, der Lunge, den Unterleibsorganen vorhandene Störung zu heben oder zu lindern (l. c. S. 447). „Obschon eine unbefangene Beobachtung und die Kenntniss des normalen Verlaufes von derlei Krankheiten gewiss niemals die in die Blasenpflaster gesetzte Hoffnung rechtfertigt, so ist dennoch die grosse Cohorte der alltäglichen Menschen von dieser Ausgeburt der Oberflächlichkeit nicht abzubringen, und es bleibt einer künftigen Zeit überlassen, diese aus der hippokratischen Medicin auf die Gegenwart vererbten Torturen in den Bereich der

---

[1]) Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Leipzig 1875. Bd. IX. 1. Hälfte S. 226.

[2]) Ibidem. Bd. XIII. 1. Hälfte S. 219.

Geschichte zu verweisen“ (l. c. S. 679). Trotz dieser kräftigen Ansprache wird auch in diesem Punkte der Praktiker nicht folgen wollen, wenngleich auch hier die theoretischen Arbeiten (O. Naumann[1]), Heidenhain[2]), L. Jacobson[3]) u. A.) zu keinem entscheidenden Resultat geführt haben[4]).

Dasselbe gilt von den bei Störungen der Menstruation und periodischen Hämorrhoidalflusses eintretenden Blutungen aus Wunden, Geschwüren, u. s. f., deren Vicariren von Hebra durchaus geläugnet wird. Schröder[5]), Leube[6]), C. O. Weber[7]) um einige Gewährsmänner der Gegenansicht anzuführen, vertreten wohl den allgemeiner gültigen Standpunkt.

Aber diese Abweichungen sind unbedeutend gegenüber den grossen Errungenschaften, die wir der genialen Beobachtungsgabe Hebra's auch in dem Gebiete der Metastasenlehre verdanken oder zu verdanken glauben durften. Die dunklen Existenzen der psorischen, herpetischen, impetiginösen Dyskrasien schienen definitiv beseitigt; die Lehre von den Versetzungen durch Hebra's dermatriatische Erfolge und durch die Umkehrung des bis dahin angenommenen Causalnexus auf's äusserste erschüttert. Wie schon erwähnt, in neuer Zeit scheint die Furcht vor Metastasen wieder reger zu werden, und wie in der Wissenschaft auch in der Kunst eine Umkehr zu fordern.

Ein Hauptangriff wendet sich, wie von Alters her, wieder gegen die Localbehandlung des impetiginösen Ekzems an Kopf und Gesicht der Kinder. F. v. Niemeyer (Lehrbuch der spec. Pathologie und Therapie 7. Aufl. Berlin 1868. Bd. II. S. 480) hält in solchen Fällen eine energische örtliche Therapie für unerlaubt oder doch für vermessen. Die Thatsache, dass nach dem Verschwinden derselben sich oft Bronchialkatarrh, Croup, Hydro-

---

[1]) Prager Vierteljahresschrift Bd. 77 u. 93.

[2]) Pflüger's Archiv für Physiologie Bd. III u. V.

[3]) Virchow's Archiv für path. Anatomie Bd. 67.

[4]) So auch Nothnagel, Handbuch der Arzneimittellehre. 2. Aufl. Berlin 1874. Artikel Canthariden.

[5]) Ziemssen's Handbuch u. s. w. Bd. X. S. 307.

[6]) Ibidem Bd. VII. 2. Hälfte S. 161.

[7]) Pitha — Billroth's Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie. Bd. I. Erlangen 1865. S. 519.

cephalus entwickeln, sowie die Thatsache, dass zuweilen, wenn jene Ausschläge auftreten, langwierige Bronchialkatarrhe u. s. w. schnell verschwinden, sei nicht in Abrede zu stellen. Ebenso sei bei allen denjenigen Ekzemen erwachsener Personen, welche anscheinend vicarirend für andere während des Auftretens der Ekzeme verschwundene Leiden entstanden sind, eine örtliche Behandlung contraindicirt. Ihm (Niemeyer) fehle der Muth, Ekzeme während deren Entwicklung eine lange bestehende Ophthalmie, eine chronische Verdauungsstörung oder ein anderes ernsthaftes Leiden verschwunden sei, örtlich zu behandeln. — Ganz ähnlich spricht sich Charles West aus (Pathol. und Therapie der Kinderkrankheiten. 5. Aufl. von E. Henoch. Berlin 1872. S. 319). „Ich muss noch der häufig bei zahnenden Kindern auftretenden ekzematösen und impetiginösen Ausschläge im Gesicht und auf der behaarten Kopfhaut erwähnen. Das alte Vorurtheil, dass Hautkrankheiten in diesem Alter gesund seien und nicht vertrieben werden dürfen, hat wohl etwas Wahres für sich. Fälle, in denen nach dem plötzlichen Verschwinden eines Kopfausschlages während der Dentition, Convulsionen oder andere Symptome von Gehirnaffection eintraten, sind in der That nicht selten. Man darf diese Ausschläge daher nur durch die mildesten Mittel zu entfernen suchen und muss jedem Anzeichen von Gehirnaffection auf das Sorgsamste entgegenarbeiten. Oft bemerkt man beim Fortschreiten der Heilung das allmälige Auftreten von Symptomen anderer Krankheiten. Dann ist es besser, das locale Uebel lediglich in gewissen Schranken zu halten, als die völlige Heilung erzwingen zu wollen, wodurch vielleicht bedeutendere Krankheiten hervorgerufen werden könnten.“ — Des berühmten Handbuchs der Kinderkrankheiten von Barthez und Billiet (2. Aufl. Aus dem Franz. von Dr. Hagen, Leipzig 1855. Bd. II. S. 94) will ich nur beiläufig erwähnen, weil es älteren Datums ist, die darin angeführte und angenommene Ansicht Trousseau's gar vom Jahre 1844. Auch hier wird die Möglichkeit eines „Zurücktretens“ im alten Sinne angenommen, aber nur in dem Falle von Localbehandlung abgerathen, wenn unter dem Ausbruch der Ausschläge die Gesundheit eines vorher leidenden Kindes sich gebessert hat. — Henoch (Beiträge zur Kinderheilkunde. Neue Folge. Berlin 1868 S. 217) ist durch zwei Fälle, in denen nach künstlicher oder

spontaner Heilung eines Ekzema impetigin. capitis kleiner Kinder Pleuritis resp. Bronchitis eintrat und mit Reconvalescenz das Hautleiden sich herstellte, wieder zu der Ansicht gelangt, dass Metastasen von der Haut nach inneren Organen wohl vorkommen mögen; und seither auf der Hut, Ausschläge von sehr langer Dauer sofort durch Localmittel zu coupiren. — In Bezug auf das Zurücktreten des Exanthems bei Masern und Scharlach habe ich einige Angaben von Thomas zu notiren. Gelegentlich der Besprechung der Masern (Ziemssen Bd. II. Leipzig 1874. S. 41) sagt derselbe: „Vielleicht hat auch zur Erklärung einzelner Fälle wahrer Recidivmasern die Annahme Meissner's, dass es sich um eine zeitweilige Unterdrückung (Metastase) und späteres Wiedererscheinen des krankhaften Processes handle, einige Berechtigung. So beobachtete Brückmann einen Knaben, der nach normalem Ablauf der Masern einen äusserst heftigen Stickhusten bekam, welcher über vier Wochen lang anhielt und erst nach einem zweiten Ausbruch der Masern, der in gewöhnlicher Weise stattfand, verschwand.“ Gelegentlich des Scharlach (S. 288): „Bei zögernder Eruption gelingt es manchmal durch Senfteige und Speckeinreibungen dieselbe zu beschleunigen, Diaphoretica können bei mässigem Fieber ebenfalls versucht werden. Ein allzu rasch erbleichendes Exanthem wird manchmal durch die gleichen Mittel noch einige Zeit auf der Haut erhalten; man versuche es jedenfalls, wenn sich gefährliche Zufälle einzustellen drohen. Erscheinen solche aber wirklich und genügen diese leichteren Methoden nicht, so zögere man nicht mit energischeren Eingriffen. Von äusseren Mitteln eignen sich hiezu nach Wunderlich das warme Bad, die warme und heisse Uebergiessung, die einfachen heissen und sinapisirten Kataplasmen, die hydrotherapeutische Einpackung, die kalte Begiessung mit nachfolgendem Einhüllen in warme Tücher; von inneren Mitteln sind die diaphoretischen Infusa, Ammoniak und Moschus zu verwenden. Max Langenbeck lobt den Gebrauch des heissen Bügeleisens in Verbindung mit einem Senfbad und einer Einpackung zum Schwitzen.“ Ich kann es mir doch nicht versagen, an dieser Stelle auf denselben F. v. Niemeyer (l. c. Bd. II. S. 603) zu verweisen, dessen Warnung vor Localbehandlung der Kinderekzeme oben angeführt ist. Niemeyer nennt das Aufstellen einer auf „Wiederhervorrufen des Exanthems gerichteten

Intention ebenso unwissenschaftlich wie gefährlich; das Zurücktreten sei eben die Folge, nicht die Ursache innerer Erkrankung. — Nach dieser Abschweifung gehe ich wieder zur Anführung der Gegner. Röhrig (die Physiologie der Haut. Berlin 1876. S. 69) findet es bedauerlich, dass wir für die aus der plötzlichen Unterdrückung des hervorbrechenden Schweisses unmittelbar resultirenden Krankheiten noch immer keine andere genügende Erklärung haben, welche uns die alte Anschauung von gewissen im Blute zurückgehaltenen, chemisch zur Zeit noch unbekannten schädlichen Substanzen vergessen liesse. „Die Behauptung Hebra's von der Unschädlichkeit rascher Beseitigung der chronischen Hautkrankheiten, denen auch die localen Schweisse zuzuzählen sein dürften, erledigt die Sache keineswegs, indem dieser Ansicht gegenüber die entgegengesetzte von sehr erfahrenen Praktikern, von Fischer in Köln, Ditterich in München und vielen Anderen ebenso viel Achtung verdient. Letzterer hat noch vor einigen Jahren niedergelegt, dass er sich des alten Vorurtheils nicht schäme, nachdem er sich namentlich deutlich davon überzeugt, dass sein Vater an den Folgen der im Publikum so sehr gefürchteten Unterdrückung habituell gewordener localer Schweissabsonderung zu Grunde gegangen sei.“ Einen noch prägnanteren Beweis für einen im Schweisssecret enthaltenen Stoff, dessen Retention im Blute schon in minimalen Spuren den Organismus stark erschüttern könne, liefert nach Röhrig ein von ihm angestelltes Experiment. Nach Injection von Schweiss (von Röhrig's eigenem Körper) in eine Halsvene eines Kaninchens sah er lebhaftes Fieber eintreten. — Eine grosse Bedeutung für die Metastasenfrage müssten die Knoten und Geschwüre der Leprösen haben, bei denen selbst Virchow (die krankhaften Geschwülste Bd. II. Berlin 1864—65. S. 508) geneigt ist, auf die Anwesenheit gewisser Acrimoniae im Blute, also auf eine Dyskrasie (wenn auch nicht auf eine permanente) zu schliessen. Die Ansicht Rust's, dass man Geschwulstbildungen als Allgemeinleiden aufzufassen und nicht chirurgisch anzugreifen habe, blieb bald nur für die malignen Neubildungen in einiger Geltung. John Simon, einer der geistreichsten modernen Pathologen (Virchow l. c. Bd. I S. 45) betrachtete die Krebsgeschwulst als ein neugebildetes Secretionsorgan, welches aus den circulirenden Säften die schädlichen Stoffe ausziehe und so das Blut depurire,

daher die Exstirpation einer solchen „eliminativen“ Geschwulst schädlich sei. Die Hinfälligkeit dieser Theorie ist durch den Schöpfer der Cellularpathologie dargethan. Nun behaupten die eminenten Praktiker Danielssen und Boeck (Bergmann: die Lepra in Livland. Petersburg 1870. S. 40): „So lange die aus dem Zerfall der Knoten hervorgegangenen Geschwüre forteitern oder fortjauchen, fühlt sich Patient relativ wohl; sowie sie aber in Heilung übergegangen sind, stellen sich Fieber, tiefes, schweres Leiden, Consumtion und Hektik mit ihren Gefahren ein. Das schwere fieberhafte Allgemeinleiden kann den Kranken sofort verderben, oder es wird ihm noch Rettung. Dieselbe wird ihm nur dadurch, dass aufs Neue eine Flecken- oder Knoteneruption geschieht, mit deren Wiederauftreten das Fieber schwindet und eine Periode relativen Wohlseins folgt.“ Die Erfahrungen Bergmann's in der genannten Schrift sind denen Danielssen's und Boeck's entgegengesetzt (nicht conform, wie Kaposi in Hebra's Lehrbuch Th. II. S. 400 u. 434 angibt). Bergmann's Kranke mit tuberöser Lepra boten nicht gerade weit vorgeschrittene Krankheitserscheinungen, daher B. kein Urtheil über die Bedeutung der Geschwüre in späteren Stadien abgeben mag. Aber die Ulcerationen in früheren Perioden der Krankheit heilten ohne irgend welche schlimmen Folgen; einen Wechsel zwischen relativem Wohlsein mit Knoten und Geschwüren, und schwerem Kranksein ohne solche Affectionen hat B. nicht beobachtet; Ekzeme an Leprösen, die Danielssen und Boeck auch für depuratorisch und für ein Noli me tangere erklärten, hat B. rasch und total ohne ungünstige Folgen beseitigt. Und so erwähnt er auch bei der Besprechung der örtlichen Therapie der Lepra der Befürchtungen von Danielssen und Boeck mit keinem Worte, sondern er erklärt die Exstirpation von Knoten für ungefährlich und sucht die Geschwüre zu heilen.

In ein ganz anderes Gebiet, das an die alte Auffassung von Sympathie und Antagonismus erinnert, führen die folgenden Angaben. Nothnagel (Ziemssen l. c. Bd. XII. 2. Hälfte. S. 270) erklärt es für constatirt, dass epileptische Anfälle heftiger und häufiger auftreten, wenn ein etwa bestehender Hautausschlag verheilte und verschwanden beim Wiedererscheinen des Exanthems; diese und analoge Verhältnisse seien stets zu berücksichtigen.

Döllinger (nach Rigler bei Ziemssen Bd. IV. 2. Hälfte S. 258) behauptet, dass das in heissen Ländern häufiger vorkommende Asthma oft durch zurückgetriebene Flechten verursacht werde und sehr häufig nach dem Verschwinden von herpetischen Affectionen erscheine. Waldenburg (die locale Behandlung der Krankheiten der Athmungsorgane. 2. Aufl. Berlin 1872. S. 484) theilt mit, dass er zum Oefteren bei Personen, die zu Hautausschlägen disponirten, eine Art des essentiellen Asthma beobachtet habe. Es scheine ihm fast sicher, dass hier eine gewisse Wechselwirkung oder Verbindung zwischen dem Hautexanthem (Ekzem, Psoriasis, Lichen) und dem Asthma bestand und er möchte die Ansicht der Alten, die einen solchen Connex statuirten, einer aufmerksamen Beobachtung empfehlen. Vielleicht thäte man gut, diese Affection als Asthma herpeticum zu bezeichnen. (Seltsam und doch wohl wenig die Theorie unterstützend ist nun die Empfehlung des Arsenik, gegen dessen Wirkung ja auch gerade die genannten Ausschlagsformen sehr empfänglich sind. So sagt denn auch Waldenburg, nachdem er den günstigen Einfluss auf das Asthma hervorgehoben hat, dass in dem Falle gleichzeitigen Hautleidens, sich dieses (entweder) gleichfalls unter der Arsenikbehandlung besserte (oder durch Verschlimmerung zum Aussetzen des Mittels nöthigte).

Aber alle diese bisherigen metastasenfreundlichen Angaben werden weit überholt durch die früheren Auslassungen Waldenburg's in seinem Buche: die Tuberculose, die Lungenschwindsucht und Scrophulose. Berlin 1869. S. 509: „Die Unterdrückung von Absonderungen, die Heilung alter Geschwüre etc. als Ursache der Phthisis und Tuberculose wird von den Neueren nicht nur geläugnet, sondern als Fabel belächelt. Und doch haben die früheren Autoren bis zum Anfang unseres Jahrhunderts, die bedeutendsten und erfahrensten mit eingeschlossen, diesen Zusammenhang gelehrt. Mit welchem Rechte glauben wir über die Beobachtungen der Alten, über die Erfahrungen von Jahrtausenden mit solcher Leichtigkeit oder Leichtfertigkeit hinweggehen zu dürfen? Trauen wir Männern, wie F. Hoffmann, de Haën, Portal, Autenrieth, Schönlein und hundert Anderen wirklich so wenig echte Beobachtungsgabe und logische Urtheilskraft zu, dass sie den Fehler des post hoc ergo propter hoc nicht hätten

vermeiden können? Man behauptet, die Alten wären von der Metastasenlehre so befangen gewesen, dass ihr richtiges Urtheil dadurch verdunkelt wurde. Aber, müssen wir im Ernst fragen, waren die Alten etwa mehr von dem Wahne der Metastasenlehre befangen, als wir Skeptiker es waren von dem Wahne, die Metastasen seien ein Hirngespinnst, eine Fabel aus unwissenschaftlicher Vorzeit? Ich bin weit entfernt, den Anschauungen der Alten in ihrer ganzen Ausdehnung beizutreten; nur das möchte ich erstreben, dass man dieselben von nun an unbefangen prüfe.“ Nachdem dann ein Fall mitgetheilt wird, in dem das kalte Bad zur Zeit der Menstruation und die dadurch herbeigeführte Suppressio mensium als die Ursache der nachfolgenden Phthisis angesehen wird, und zwei Fälle, in denen der Zusammenhang der Phthisis mit der Heilung von Mastdarmfisteln kaum zu bezweifeln sei, heisst es weiter: „Es bleiben Fälle übrig, die auf die Hypothese der Alten zurückführen, nämlich dass unter Umständen Stoffe der regressiven Metamorphose auf dem Wege bestehender Exutorien (Geschwüre, Ausschläge etc.) regelmässig nach aussen entfernt werden, und daher, wenn diese Abzugsquellen plötzlich sich verstopfen, jene Stoffe im Körper retinirt werden, sich in inneren Organen ablagern und Erkrankungen derselben bedingen. . . . Hautausschläge und Geschwüre, die seit langen Jahren eingewurzelt sind, suche man nicht durch locale Application starker Adstringentien plötzlich zu unterdrücken, sondern bemühe sich, durch Anwendung milder Topica, Bäder u. s. w. in Verbindung mit einer innerlichen antidyskrasischen Medication allmälig zu bessern oder, wo es angeht, zu heilen. Mastdarmfisteln operire man bei Personen mit phthisischem oder scrophulösem Habitus oder auch nur bei schwächlichen Individuen niemals; bei kräftigen robusten Personen verstehe man sich nur zur Operation, wenn die Fistel noch nicht sehr lange bestanden hat, wenn die Beschwerden durch dieselbe sehr beträchtlich sind und nachdem man die mögliche Gefahr der Operation dem Patienten eindringlich vorgehalten hat. — Stellen sich nach der Heilung von Ausschlägen und Geschwüren Erscheinungen von Seiten der Respirationsorgane ein, so halte man sofort eine ableitende Medication inne; am besten in dieser Beziehung ist eine Fontanelle oder ein Haarseil.“

Dyscrasia herpetica rediviva! Wenn Waldenburg die alte Metastasenlehre nur wieder geprüft sehen will, so sind seine therapeutischen Vorschriften schon ganz entsprechend ihrer Gültigkeit. Ich habe nicht ohne Grund zu Anfang so viele Citate mitgetheilt und mich so der Gefahr ausgesetzt, ein sat superque zu vernehmen. Ich glaube aus jenen Citaten schliessen zu dürfen, dass wir Manches seitdem gelernt und das Recht erworben haben, Manches zu vergessen. Aber wenn von so gewichtiger Seite eine Revision der ganzen Lehre gefordert wird, wenn so viele hervorragende Aerzte (und deren Zahl wäre gewiss von Beleseneren leicht zu vermehren) von beobachteten Metastasen berichten, so ist eine erhöhte Aufmerksamkeit dringend geboten. Es sei mir erlaubt, in wenigen Worten meine Ansicht mitzutheilen. — Entscheiden kann hier nur die Beobachtung, nicht die Theorie. Wenn Waldenburg durch die Cohnheim'schen Untersuchungen über die Herkunft von Eiterzellen aus dem Blute die Voraussetzung nahe gelegt sieht, dass durch eiternde Flächen mit dem Eiter auch fremdartige, vielleicht krankhafte Producte aus dem Blute dauernd ausgeschieden werden können (l. c. S. 520), so scheint mir die Ansicht Virchow's dem heute gerade so entgegenzustehen wie früher. Auch Virchow stimmt darin mit den Alten überein, dass er eine Verunreinigung des Blutes mit verschiedenen Substanzen zulässt, und diesen Substanzen eine reizende Einwirkung auf einzelne Gewebe (Schärfen, Acrimoniae) zuschreibt. Aber für jede anhaltende Dyskrasie sei eine erneuerte Zufuhr schädlicher Stoffe in das Blut vorauszusetzen (Cellularpathologie 3. Auflage. Berlin 1862. S. 127).

Somit bleibt den Eiterungen und Absonderungen doch der Charakter localer Gewebsstörungen gewahrt, und Waldenburg sagt selbst, dass bei solcher Theorie die alte Metastasenlehre nach den ersten Grundanschauungen der Wissenschaft fast undenkbar erscheinen musste. — Die pathologische Anatomie und Chemie hat bisher auch nichts zur Lichtung des Dunkels beigetragen. So sicher die Entstehung metastatischer Abscesse nach Thrombose und Embolie, von Knochenerde-Metastasen in Lunge und Magen nach Resorption von Kalksalzen bei Osteomalacischen constatirt sind, so verständlich die Fortschwemmung von infectiösen Zellen oder Säften maligner Tumoren in die nächsten

Lymphdrüsen dargestellt ist, eine Stütze für „herpetische“ Schärfen oder für Rententionsstoffe im Blute nach Aufhören habitueller Secretionen ist weder chemisch noch anatomisch gefunden, also auch nicht zu discutiren. Das Experiment Röhrig's ist gewiss beachtenswerth; aber aus einem einzigen Versuche, bei dem überdiess — um nur auf eine Fehlerquelle hinzuweisen — Menschenschweiss, also immerhin eine differente Materie einem Kaninchen injicirt wurde, kann man doch unmöglich weitergehende Schlüsse ziehen. — Die klinischen Stützen sind vor Allem die Beobachtungen über den Eintritt innerer Entzündungen nach Verschwinden eines Exanthems oder Geschwürs, über Besserung nach dem Wiederauftreten äusserer Abscheidungen, ferner das in bestimmter Richtung stattfindende Ueberspringen eines Krankheitsprocesses, von Parotis zu Hoden, von (blennorrhoischer) Urethra zur Epididymis.

Ich beginne mit dem letzteren Punkt, der leichter zu erledigen ist. Die Anschauungen über den Verlauf der Gonorrhoe hatten früher manchen Beitrag zur Versetzungstheorie geliefert, der vor der neueren Kritik nicht Stand hielt. Die so gefürchtete Blenorrhoea conjunctivae hat sich ihres früheren metastatischen Charakters begeben und nicht anders ist es mit der Epididymitis bestellt. Nur wenn dieselbe mit lebhafterer Allgemeinreaction einhergeht, pflegt der Ausfluss zu schwinden und manchmal sieht man gerade schon fast verschwundene Secretionen mit Eintritt der Epididymitis heftiger werden. Dunkel ist der — übrigens vielseitig geläugnete — Zusammenhang mit Gelenkaffectionen und Iritis, wobei auch ein Alterniren beschrieben wird, aber der ist gar nicht im Sinne der Metastasenlehre zu verwenden. Es wird Niemandem einfallen, eine Urethralblennorrhoe, und sei sie noch so alt, conserviren zu wollen, um nicht den Kranken der Gefahr einer Synovitis oder Iritis auszusetzen; man wird doch immer nur deren Eintritt fürchten, so lange noch Gonorrhoe vorhanden ist. — Die Orchitis (selten auch Mastitis, Elytritis) nach Parotitis epidemica ist offenbar ganz anders als metastatisch aufzufassen, wie schon aus ihrem regelmässigen Eintritt — etwa am sechsten Tage in den Fällen, in denen überhaupt solche Complication stattfand — hervorgeht. Ob man nun die Orchitis als O. urethralis mit Köcher (Pitha — Billroth l. c. Bd. III. Abtheil. II.

Lief. VII. 2. Hälfte S. 241) auffasst oder sie directer vom Blute aus durch specifische entzündungserregende Stoffe entstehen lässt, jedenfalls ist ihr keinerlei ableitende oder kritische Bedeutung zuzumessen. Ebenso wenig der zu Typhus, Scharlach und sonst zutretenden, auch metastatisch genannten Parotitis, die unter allen Umständen eine unliebsame Complication darstellt, ob es sich nun um eine Fortleitung einer Stomatitis durch die Speichelwege oder um eine specifische vom Blute aus zugeleitete Entzündung handelt. Ein vereinzelter Fall Billroth's (nach Köcher l. c.) der nach traumatischer Orchitis vorübergehende Schwellung der Parotis auftreten sah, scheint dafür zu sprechen, dass Reflexbeziehungen zwischen Parotis und Hoden bestehen mögen. Wir kennen ja solche „Sympathie“ von Uterus und Brüsten; wir sehen Geschwülste der Mamma zur Zeit der Menstruation anschwellen und nachher abschwellen; wir wissen, dass eine Methode der künstlichen Frühgeburt (Scanzoni's) auf solche Reflexbeziehungen gegründet ist u. s. w. Aber in keinem Falle gilt uns die Entzündung des einen Organs für eine Ableitung von dem anderen; immer nur für eine Mitleidenschaft, die keine Entlastung mit sich bringt.

Den eigentlichen Streitpunkt bildet die hin und her wandernde materia peccans, in zweiter Linie steht die Gewöhnung des Organismus an habituelle Secretionen. Um zunächst bei den Hautkrankheiten und ihrer Localbehandlung zu bleiben, so glaube ich auf die Statistik hinweisen zu dürfen. Ich meine gar nicht die gewaltigen Zahlen Hebra's, der einmal Führer der interessirten Partei ist, und dem man gleich wie den anderen Dermatologen (gewiss nur mit beschränktem Recht) immer entgegenhalten würde, der Specialist sähe die Kranken nur so lange, als sie seiner Behandlung bedürftig seien. Aber ich kann auf Gerhardt (Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 3. Aufl. Tübingen 1874, S. 697) verweisen, nach dem die Heilung des Ekzems niemals Nachtheile bringt; auf Steiner (Compendium der Kinderkrankheiten. Leipzig 1872. S. 444), der mehr als 1000 Fälle chronischer Ekzeme an Kopf und Gesicht von Kindern fast durchweg ohne Rücksicht auf Dauer und Ausbreitung local ohne alle Nachtheile behandelt hat; auf Hüttenbrenner (Lehrbuch der Kinderheilkunde. Wien 1876. S. 517), der überall eine energische Local-

behandlung des Ekzems vorschreibt. Aber man lese bei Henoch selbst, wie unter einer bedeutenden Zahl örtlich behandelter Fälle nur zwei so verliefen, dass H. wieder an die Möglichkeit einer Metastase zu denken anfängt. Ja, wenn derlei ganz vereinzelte und noch so ganz anders deutbare Beobachtungen den Ausgangspunkt bilden dürfen für die Therapie, was würden wir nicht Alles von örtlichen Eingriffen aufzugeben haben. Kein Atherom dürfte vom Capillitium exstirpirt, kein Hämorrhoidalknoten kauterisirt, keine Zehe exarticulirt werden, denn man hat — und unzweifelhaft in Folge davon — Meningitis, Pyaemie, Trismus entstehen sehen. — Wenn ich über die Exantheme weiter hinausblicke, so sehe ich heute nirgend mehr die topische Behandlung durch Rücksicht auf eine Störung eliminativer Processe oder auf Gewöhnung des Organismus eingeschränkt. Dass man nicht ohne Noth an die Operation von Mastdarmfisteln der Phthisiker geht, geschieht aus Furcht vor fieberhafter Reaction und deren nicht zu bestimmenden Einfluss auf die phthisische Constitution. Aber wie lange und wie profus ein Carcinom, ein Sarcom, eine vereiternde Cyste secernirt haben mag, man exstirpirt sie, wenn es vollständig ausführbar ist, und um so bereitwilliger, je stärker und länger der Säfteverlust schon bestanden hat. Welcher Gynäkolog nähme heute Anstand, eine noch so alte Leukorrhoe gleichviel welchen Ursprungs zu beseitigen, ohne dass er daran denkt, eine Fontanelle zum Ersatz anzulegen! Ja, im Gegentheil, bei Caries eines Knie-, eines Ellbogengelenks, gerade wenn sie lange bestanden hat und profus secernirt, sucht der Chirurg durch Esmarch'sche Constriction das in der abzusetzenden Extremität — wenn amputirt werden muss — vorhandene Blut möglichst dem Körper zu erhalten und durch Lister'schen Verband die Wundeiterung zu beschränken. Und gerade die Exantheme sollten heilsame Exutorien sein oder durch Fontanellen ersetzt werden müssen! — Waldenburg sagt, man solle alte Hautausschläge nur durch Anwendung milder Topica, Bäder u. s. w. in Verbindung mit einer innerlichen antidyskrasischen Medication allmälig zu bessern suchen. Nun, um bei dem vielbestrittenen Ekzema impetiginodes zu bleiben, so ist dessen dyskrasische Natur zum Mindesten zweifelhaft. Aber gesetzt, es sei Scrophulose oder eine unbenennbare Blutentmischung die Ursache, sollen wir darum von der sofortigen örtlichen Be-

handlung abstehen? Wenn alte Lupusknoten, vorgeschrittene Coxarthrocace uns zugeführt werden, suchen wir nicht sofort deren materielle Grundlage aufzuheben, die örtlichen Störungen zu vernichten, während wir doch wissen, dass der eventuell gegebene Leberthran u. A. erst spät seine Wirkung entfalten kann? Fürchten wir dabei, ein eliminatives Verhalten zu stören? Es sind das nur Schlüsse aus der Analogie, die ich zu ziehen suche, und ich weiss wohl, dass sie nur beschränkten Werth haben können. — Nur Eines will ich noch hervorheben. Wenn man die Hautausschläge, Geschwüre, Fisteln so behutsam, event. gar nicht anzufassen lehrt, so denkt man etwas wenig an die möglichen Folgen von deren längerem Bestande. Ich mag die örtlichen Folgen vieler nicht heilenden Unterschenkelgeschwüre, mancher Mastdarmfisteln nicht weiter ausführen. Ich will nur auf die schlaflosen Nächte der ekzemkranken Kinder in Folge des Juckens und Kratzens, auf die Schwellung und vielfach auch Vereiterung von Lymphdrüsen hinweisen, auf die nachweisbare Vermehrung der weissen Blutkörperchen bei universellen Ekzemen. Ob nicht aus solchen Drüsen, ja aus der äusserlichen Secretionsstelle recrementitielle Stoffe (Virchow) in das Blut gelangen, Fieber erregen und so im fehlerhaften Zirkel zum Schwunde des Exanthems führen können?

Zum Schluss will ich im Anschluss an eine frühere Bemerkung (über Erkältungen) eine Einschränkung machen, die aber weder herpetische Schärfen noch habituelle Secretionen betrifft. Es heisst immer: Die plötzliche Unterdrückung des Ausschlags, des Secrets sei zu fürchten, während Hebra auch heute noch erklärt, er kenne zu seinem Bedauern kein solches Mittel, das im Stande wäre, eine chronische Hautkrankheit plötzlich oder binnen sehr kurzer Zeit zur Heilung zu bringen. Aber ein wirklich plötzliches „Zurücktreten" des Blutes von äusseren Theilen nach inneren halte auch ich für möglich, und ein „Zurückdrängen", wenn es nicht mit den nöthigen Cautelen geschieht, für nicht jedesmal unbedenklich. Wenn in methodischer Weise bei Scharlach, Blattern u. s. w. mit Kälteeinwirkung vorgegangen wird, so wird der etwaige Schaden einer Hyperämisirung innerer Theile voraussichtlich durch die Abkühlung des Blutes mehr als aufgewogen. Aber dass man weder durch kaltes Wasser, noch durch kalte Luft, gleichviel wie angewandt, z. B. bei Blattern-Kranken

schaden könne, möchte ich nicht unterschreiben. Es wird wohl eines locus minoris resistentiae bedürfen, damit die plötzliche Zurückstauung des Blutes mehr als eine sich bald ausgleichende Hyperämie hervorrufe; einer Insufficienz der Nieren, die nach physiologischem Experiment [1]) zur Ausgleichung dienen; der im Fieber verminderten Fähigkeit der Hautgefässe zur Regulirung ihres Blutgehalts [2]). Aber ein derartiges Zurücktreten des Blutes beruht auf klaren physiologischen Verhältnissen und die Annahme einer solchen Möglichkeit hat nichts mit der alten Metastasenlehre zu thun.

---

[1]) Coloman Müller nach Winternitz Hydrotherapie. Wien 1877 Bd. I. S. 88.

[2]) Senator, Untersuchungen über den fieberhaften Process und seine Behandlung. Berlin 1873. S. 158.

Zur Genese der hereditären Syphilis

von

Dr. J. Caspary in Königsberg

in Preussen.

Die Lehre von der hereditären Syphilis hat durch eine, Ende 1875 erschienene Arbeit von Kassowitz [1]) eine bedeutende Bereicherung erfahren. Durch allseitige Ausnutzung eines grossen Beobachtungsmaterials wie durch scharfsinnige Kritik eigener und fremder Erfahrungen gleich hervorragend hat Kassowitz wie im Fluge das strittige Terrain für sich erobert; die wichtigste Streitfrage über die Genese der hereditären Syphilis scheint durch seine Arbeit erledigt, die ganze Lehre vereinfacht zu sein. Soviel Referate ich auch über die Arbeit von Kassowitz gelesen habe, nirgend bin ich einer irgend eingehenden Prüfung der Beweismittel, höchstens hie und da einem Zweifel begegnet, ob nicht manche Schlussfolgerung des Autors noch der Bestätigung bedürfe. Vielleicht bin ich der kategorischen, keinen Widerspruch zulassenden Sprache K's. darum weniger zugänglich gewesen, weil ich in derselben Zeit in diesem Journal eine kleine Arbeit zum Abdruck brachte, deren Resultat gerade über die Hauptstreitfrage ein entgegengesetztes war. Nachdem über ein Jahr vergangen ist, und von competenterer und erfahrenerer Seite kein Einspruch erhoben ist, halte ich es an der Zeit meine Bedenken mitzutheilen.

Die Beantwortung der Frage nach der Aetiologie der hereditären Syphilis bildet den Kern der Arbeit von Kassowitz, der freilich sonst noch viel des Instructiven und Anregenden darbietet. K. glaubt entschieden zu haben, dass die Uebertragung der Syphilis der Eltern auf das Kind einzig und allein durch den

---

[1]) Med. Jahrbücher von S. Stricker, Wien 1875. IV. Hft.

Act der Zeugung geschehe; dass die Erkrankung der Mutter an Syphilis nach stattgefundener Conception ohne Einfluss bleibe auf die Vererbung der Syphilis. Die Beweismittel sind theils theoretische Betrachtungen, theils klinische Erfahrungen, unter denen die eigenen des Autors obenan stehen. Zunächst wird die Theorie der Vererbung im Allgemeinen besprochen und die Anwendung derselben auf die Vererbung der Syphilis. „Die Uebertragung einer Krankheit auf das noch ungeborene Kind ist in zweierlei Weise möglich: Einerseits durch die Samen- und Eizelle — Vererbung im eigentlichen Sinne. Andererseits durch den Uebergang eines Giftes aus der mütterlichen Circulation in die fötale — Infectio intra uterum. (Bezüglich der Syphilis) ist zu erwägen, ob nicht beide Modi der Uebertragung möglich sind. Dagegen erheben sich aber schon von vorneherein sehr wichtige Bedenken. Vor Allem stünde eine solche alternative Vererbung einer Krankheit in der gesammten Pathologie vollkommen vereinzelt da. Es gibt gar keine Krankheit, welche durch die Zeugung vererbt und zugleich auch durch die intrauterinale Infection auf den Fötus übertragen werden könnte.“

Ist das erwiesen? Wird nicht im Gegentheil angenommen, eine während der Schwangerschaft bei nicht erblich belasteter Schwangeren sich entwickelnde Geisteskrankheit könne den Keim legen zu späterer gleicher Erkrankung des Kindes; eine bis dahin gesunde, nicht hereditär disponirte Frau, die in der Schwangerschaft phthisisch erkrankte, könne ein Kind gebären, das später an Phthise zu Grunde geht, während die Väter beider Kinder gesund waren und blieben?

Kassowitz fährt fort: „(Noch wichtiger ist aber das Bedenken, dass zwei Vorgänge, die selbst so ausserordentlich verschieden von einander sind, denselben Effect hervorbringen können). Dieser Effect ist aber nicht nur einfach eine syphilitische Ansteckung des Kindes, sondern eine ganz eigenartige Affection, welche dem neuen Individuum von seinem Ursprunge an ihren Stempel aufdrückt, seine Entwicklung und sein Wachsthum in der eingreifendsten Weise alterirt, und mit der acquirirten Syphilis, d. h. mit derjenigen Erkrankung, welche durch die Einwirkung des syphilitischen Giftes auf ein früher gesundes Individuum entsteht, nicht nur nicht identisch ist, sondern im Gegen-

theil in der markantesten Weise differirt. Diese Verschiedenheiten beruhen auch keineswegs auf der Zartheit des kindlichen Organismus, denn wenn ein gesundes Kind kurz nach der Geburt syphilitisch inficirt wird, so unterscheidet sich seine Krankheit, trotzdem sie gleichfalls in einem wenige Wochen alten Kinde zur Entwicklung kommt, in keiner Weise von der Syphilis des Erwachsenen, wohl aber ganz auffällig von der vererbten Syphilis eines gleichaltrigen Kindes."

Hier glaube ich mit dem Autor entschiedener rechten zu dürfen. Ich bin überzeugt, dass die hereditäre Syphilis mit der acquirirten identisch ist, dass die Differenzen lediglich durch die anderen Lebensbedingungen beider Reihen zu Stande kommen. Ich glaube ganz sicher erwiesen zu haben, [1]) dass die hereditäre Syphilis gerade so contagiös ist wie die acquirirte; dies zugegeben wird wohl niemand bestreiten, dass die Produkte bei beiden Ansteckungsarten vollkommen dieselben sind. Ich habe zum Ueberfluss [2]) zwei hereditär-syphilitische Kinder mit dem Secret ulcerirender Papeln, die durch acquirirte Lues entstanden waren, geimpft und das negative Resultat erhalten, an dessen jedesmaligem Eintritt in gleichem Falle ich gar nicht zweifle. Gegenüber dieser Identität der Contagien und ihrer Wirkungen fallen die bei hereditärer Lues eintretende [3]) frühzeitige Entwicklung tiefgreifender visceraler Veränderungen, die höchst eigenartige Affection des verkalkenden Knorpels und wachsenden Knochens an der Vereinigungsstelle der Epiphysen mit den Diaphysen, die diffuse syphilitische Infection der Haut, die so häufigen und gerade bei den schwerer afficirten Kindern zum Vorschein kommenden Blasensyphilide u. s. w. um so weniger ins Gewicht, wenn man einmal an die viel markanteren Differenzen in allen Lebensbedingungen des Fötus und des geborenen Individuums denkt; wenn man ferner erwägt, dass alle jene unterscheidenden Symptome bei unzweifelhaft erblicher Krankheit fehlen können. [4]) Folgerichtig müsste Kassowitz auch die Identität der Affection bei der ersten, die schwersten tödtlichen Symptome der Lues zeigenden

[1]) Berliner klinische Wochenschrift 1875. Nr. 41.

[2]) Ibidem.

[3]) Kassowitz S. 373.

[4]) Ibidem S. 476.

Frucht einer Syphilitischen und etwa der letzten, die erst Monate nach der Geburt an Haut- und Schleimhautleiden leicht und heilbar erkrankt, bestreiten. Es ist mir übrigens durchaus wahrscheinlich, dass wenn eine Infectio intra uterum durch die gravide Mutter stattfinden kann, was Kassowitz undenkbar, mir und vielen Anderen möglich erscheint, die Erkrankung der Frucht keine so intensive sein wird, als bei der ovulären oder spermatischen Vererbung eines recent Erkrankten, der nicht mercuriell behandelt wurde.

Kassowitz fragt dann weiter: Kann eine nicht syphilitische Mutter ein syphilitisches Kind gebären? und antwortet: dass die Möglichkeit und grosse Häufigkeit der Geburt syphilitischer Kinder von nicht syphilitischen Müttern vollkommen erwiesen ist. Unläugbar haben besonders die eigenen Beobachtungen des Verfassers grosses Gewicht, doch kann ich den negativen Befunden das Entscheidungswort nicht zugestehen. Wenn man fragt, welche positiven Angaben ich vermisse, so wiederhole ich eine schon früher gegebene Antwort: [1]) „die Frage ob es gesunde Mütter hereditär-syphilitischer Kinder gibt, wäre sofort mit Ja zu beantworten, wenn auch nur in einem Falle an einer kürzlich von krankem Kinde Entbundenen die gewöhnliche Symptomenreihe der acquirirten Syphilis als Geschwür, Drüseninfiltration, Hautleiden zur Beobachtung käme. So lange das nicht geschehen ist, ist die Annahme erlaubt und gut gestützt, dass solche Mütter nicht inficirbar, weil erkennbar oder latent syphilitisch sind.“ Kassowitz sagt, man könne die Latenz keineswegs in dem Sinne auffassen, dass ein Individuum, welches durch Jahre mindestens in Intervallen von 1—2 Monaten auf Zeichen an Mund-, Nasen- und Rachenschleimhaut, an der Haut besonders der Arme, Hände, Handflächen, an der behaarten Kopfhaut, den Hals-, Nacken-, Ellbogendrüsen, Kopfknochen, Schlüsselbeinen, Schienbeinen untersucht und frei befunden wurde, als dennoch an Syphilis leidend betrachtet werden könnte. Vielmehr habe er sich selbst überzeugt, dass in allen Fällen, in denen die Mütter der von ihm beobachteten Kinder selbst an Syphilis litten, es ihm in jeder in der obigen Weise vorgenommenen Untersuchung gelang,

[1]) Vierteljahresschrift für Derm. u. Syph. 1875. S. 437.

irgend ein unzweifelhaftes Symptom der vorhandenen Syphilis, meistens sogar mehrere gleichzeitig zu constatiren, und dass diese, selbst bei eingeleiteter Behandlung, sehr häufig recidivirten. — Statt einer Antwort will ich zwei Krankengeschichten citiren, an deren Genauigkeit und Beweiskraft Kassowitz, wie ich hoffe, nicht zweifeln wird. Die eine von Ljunggrén [1]), dessen Kranke während vieljähriger Latenz keinerlei Zeichen von Syphilis darbot, wohl aber erst syphilitische, dann gesunde Kinder gebar, schliesslich selbst von schweren Symptomen der Lues befallen wurde; der Verdacht einer frischen Infection ist sicher — nicht durch Anamnese, sondern durch Thatsachen auszuschliessen. — Die andere Krankengeschichte ist von mir [2]) mitgetheilt; ich kann versichern, dass ich an der syphilitische Kinder gebärenden Frau, deren frühere Infection eingestanden war, durch Jahre nichts Specifisches habe finden können. Wenn ich in letzterem Falle zu der Annahme neige, dass die Vererbungsfähigkeit den Ausbruch der Symptome an dem Vererbenden lange überdauern kann — entgegen Kassowitz, der gleichzeitiges Erlöschen annimmt, so könnte ich eine ganze Anzahl anderer Fälle aus der Privatpraxis anführen, an denen ich mehrjährige Latenz sicher glaube constatirt zu haben. Freilich immer unter bestimmten Verhältnissen: nach energischer Mercurialisirung. Und hier muss ich gleich einen erheblichen Unterschied zwischen dem Beobachtungsmaterial von Kassowitz und dem meinigen anführen. K. hat den erstaunlichen Vortheil gehabt, viele Syphilitische ihre Krankheit vererben zu sehen, die nie oder „nicht nennenswerth" behandelt worden waren. Der Prophet gilt einmal nichts im Vaterlande. Von dem Vororte dermatologischer und syphilidologischer Forschung gemeldet, konnte eine solche Sorglosigkeit und Unkenntniss von der Schwere der eigenen Erkrankung billig befremden. Mir sind nur sehr selten Syphilitische vorgekommen, die nicht in frühem Stadium mercuriell behandelt worden wären. Durch eine solche Behandlung wird aber, wie auch Kassowitz überall hervorhebt, die Vererbungsfähigkeit wie der ganze Verlauf der Lues wesentlich alterirt. Ob bei ausbleibender Behandlung eine längere Latenz nicht vorkommt,

---

[1]) Archiv für Derm. u. Syph. 1870. S. 325.

[2]) Berliner klinische Wochenschr. 1875. Nr. 13.

kann ich nicht beantworten. Ich muss mir den Zweifel offen halten, ob nicht bei mancher der von K. untersuchten und gesund befundenen Mutter eine langdauernde Latenzperiode oder bereits nach abgelaufener Syphilis — gleichviel ob mit oder ohne Hilfe des Quecksilbers — Immunität bestand; oder endlich jene von Hutchinson zuerst angegebene Infectionsart, die erst spät nach mehrfachen Geburten kranker Kinder mit sogenannten tertiären Symptomen auftritt. Dies führt auch zu der nächsten Frage Kassowitz's:

Kann die Mutter eines vom Vater her syphilitischen Kindes auch weiterhin gesund bleiben? Die Antwort des Autors lautet: Eine von einem syphilitischen Manne geschwängerte Frau gebärt syphilitische Kinder und bleibt selber frei von Syphilis, wenn sie nicht von aussen her inficirt wurde. Das syphilitische Gift überschreitet die Scheidewände des fötalen mütterlichen Gefässsystems nicht in der Richtung von dem Fötus zur Mutter. Da ich in diesem Journal in dem Aufsatz, der gleichzeitig mit der grossen Arbeit von Kassowitz erschien, die entgegengesetzte Antwort gegeben habe, so begnüge ich mich hier mit dem Hinweis darauf. Ich will nur anführen, dass der nächste Grund meiner Parteinahme für Hutchinson's Theorie in einer früher [1]) veröffentlichten Krankengeschichte gegeben war, auf deren mögliche Irrthümer ich selbst hinwies; dass Kassowitz ebenso wie ich die Nicht-Infection der säugenden Mutter von ihrem hereditär-syphilitischen Kinde als einen bemerkenswerthen Einwurf gegen seine Theorie ansieht; dass der von ihm vorgeschlagene Impfversuch an solcher Frau von mir bereits gemacht und negativ ausgefallen war. Ich füge die Schlussworte meines Aufsatzes hier an, die gewiss mit aller Vorsicht abgefasst sind: Ein solches negatives Ergebniss einer vereinzelten Impfung ist gewiss nur sehr bedingungsweise zu verwerthen, zumal der Erfolg von Impfungen manchmal durch Zufälligkeiten vereitelt wird. Aber ich habe geglaubt, obige durch selten günstige Umstände ermöglichte Erfahrung doch mittheilen zu sollen, vielleicht kann sie als eine Stütze mehr angesehen für die Ansicht, dass die Mutter hereditar-syphilitischer Kinder auch bei dem Fehlen aller eigenen Krankheitszeichen nicht als

[1]) Berliner klinische Wochenschrift 1875. Nr. 13.

gesunde anzusehen sind. . . . . Ich will endlich noch an die von mir damals angeführten Hutchinson'schen Mittheilungen über Vorkommnisse des Thierlebens die analoge Beobachtung Darwin's [1]) anreihen, nach der eine durch ein Quagga belegte Stute gewisse Charaktermerkmale desselben auch auf später von Hengsten gezeugte Fohlen übertrug. Baeumler knüpft daran folgende Bemerkung (nach Darwin?), die ich ohne Commentar wiedergebe: Das Agens, welches diese Uebertragung bewirkte, muss in dem Organismus der Stute gewisse Veränderungen bewirkt haben, die fortbestehen, doch ist es leichter sich vorzustellen, dass diese vom Samen als von der sich entwickelnden Frucht ausgingen.

Die Frage, ob die im Verlaufe der Schwangerschaft acquirirte Syphilis der Mutter auf den von der Zeugung her gesunden Fötus übertragen wird, beantwortet Kassowitz, wie schon angegeben, mit Nein. Oder genauer: Ein Kind, dessen beide Eltern im Momente der Zeugung nicht syphilitisch waren, wird nicht syphilitisch, selbst wenn seine Mutter zu irgend einer Zeit der Schwangerschaft von allgemeiner Syphilis befallen wird. Die letztere kann störend auf den Verlauf der Schwangerschaft wirken und sie frühzeitig unterbrechen, sich aber niemals auf den Fötus übertragen. Das syphilitische Gift überschreitet die Scheidewände des fötalen und mütterlichen Gefässsystems auch nicht in der Richtung von der Mutter zum Fötus. Ich halte eine solche Uebertragung für möglich, bin aber nicht im Stande, eigene Beobachtungen dafür beizubringen. In der Ausnutzung der bisher veröffentlichten Fälle von Zwillingen, die in verschiedenem Grade, oder deren gar nur einer syphilitisch gefunden wurden, geht Kassowitz meines Erachtens zu weit. Der sonst so strenge Kritiker z. B. gegenüber allen Einzelfällen Hutchinson's, nimmt hier mit einer Notiz nach Hutchinson [2]) vorlieb, dass von Zwillingen einer hochgradig erkrankt, der andere dauernd gesund war. Ich habe an anderer Stelle meine Zweifel an dieser und ähnlichen Mittheilungen ausgesprochen und begründet.

---

[1]) Animals and plants under domestication. London 1868. Vol. II p. 365 und 388. Citirt von Baeumler in der 2. Auflage des 3. Bandes von Ziemssen's Handbuch der spec. Pathol. u. Therapie. S. 62.

[2]) Die von K. angezogene angebliche Publicationsstelle ist nicht die richtige.

Für den von mir publicirten Fall und ähnliche (von verschiedener Schwere und Zeit der Erkrankung) wäre eine placentare Infection bei verschiedener Empfänglichkeit oder Widerstandsfähigkeit der Früchte noch gut denkbar, wenngleich gar nicht nothwendig. Ich weise hier gleich darauf hin, dass das von Kassowitz aufgestellte kategorische Gesetz der allmäligen Abschwächung in der Intensität der Erkrankung gerade durch die ungleich erkrankten Zwillinge bedenklich in Frage gestellt wird.

Nachdem Kassowitz durch seine Erfahrungen und die Kritik fremder die Ansicht von der placentaren Infection ad absurdum geführt zu haben glaubt, geht er an die theoretische Begründung, warum eine solche Infection von vorneherein als unmöglich erscheine. Bei diesen Ausführungen scheint mir der peremtorische Ton noch weniger glücklich zu sein. Gewiss ist das Contagium der Syphilis ein fixes, aber darf man darum sagen: „Es haftet offenbar an Eiterzellen und Blutkörperchen, ist daher auch in einer Flüssigkeit, die keine organisirten Elemente enthält, nicht vorhanden. Darum sei das Serum von Eczem, die reine klare Vaccinelymphe Syphilitischer bei Impfungen unschädlich; während Impfungen mit Trippereiter, Schanker- und Buboneneiter Syphilitischer in vielen Fällen von Erfolg gewesen seien.“ Nun einmal sind Eczem-Serum wie Vaccine-Lymphe keineswegs frei von Zellen; andererseits ist die Infectionskraft z. B. von Trippereiter, der nicht zugleich Geschwürssecret führt, äusserst zweifelhaft. Aber gesetzt, es sei erwiesen — was nur wahrscheinlich ist, — dass das Contagium nur an Zellen gebunden übertragbar sei, kann man so entschieden, wie Kassowitz es thut, es für unmöglich erklären, dass zellige Elemente aus dem Kreislaufe der Mutter in den des Fötus und umgekehrt gelangen? „Wenn man den Vorgang des Austausches von Ernährungsflüssigkeiten zwischen dem mütterlichen und fötalen Kreislaufe in's Auge fasst, so ist es offenbar, dass wohl Flüssigkeiten und Gase, sowie Substanzen, die in denselben gelöst oder ausserordentlich fein vertheilt und suspendirt sind, aus dem einen Kreislauf in den anderen übergehen, dass aber von dem Uebertritt eines Blutkörperchens aus dem Kreislauf der Mutter in den des Fötus und umgekehrt niemals die Rede sein kann, weil ein solcher allein schon durch die complicirte Beschaffenheit der Scheidewände beider Gefässsysteme (Gefässwand der Venen-

räume in den Deciduazellen — Cylinderepithel der letzteren — Pflasterepithel der Chorionzellen — Schleimgewebe der letzteren, in welchem die fötalen Capillaren tief eingebettet sind — Gefässwand der Capillaren) unmöglich gemacht ist. Da also ein Uebertritt von Blutkörperchen nicht möglich ist, so ist schon aus diesem Grunde der Weg für das an dieselben gebundene Gift nach beiden Richtungen hin abgesperrt (S. 432)."

Ich sehe den Weg nur länger, aber nicht undurchdringlicher als bei der Diapedesis durch die Gefässwand. Seitdem das Durchtreten geformter Elemente durch die bis auf Stricker und Cohnheim scheinbar festgeschlossene Gefässwand erwiesen ist; seitdem solche Wanderung durch die Darmzellen von Forschern wie Klebs und E. Neumann angenommen wird, scheint mir das Zurückweisen der infectiösen Zellen in die ursprünglichen Schranken eine zu grosse Rigorosität zu sein. In willkommener Weise tritt hier, wenn auch mit begrenzter Beweiskraft das Experiment ein. Die immer zunehmende Anwendung des Chloroforms, Chlorals, der subcutanen Morphiumeinspritzungen hat besonders die Gynäkologen zu Studien über den Stoffwechsel des Fötus angeregt. Während für den Uebergang von Stoffen der Frucht in die Mutter nur die angezweifelte syphilitische Rückinfection (choc en retour) angeführt werden kann, die Untersuchungen Gusserow's [1]) auf Allantoin des Mutterharns nichts ergeben haben, ist der umgekehrte Weg für verschiedene Stoffe direct erweislich gewesen. Ich übergehe hier, wie früher an geeigneter Stelle, die Mittheilungen über Uebergang von mancherlei Krankheitsstoffen der Gravida; über Krebsmetastase im Fötus bei Krebs der Mutter [2]); über Auffinden von Tyrosin, Gallensäure, Gallenfarbstoff u. s. w. in der Placenta bei acuter gelber Leberatrophie der Mutter [3]); über Morbus maculosus Werlhofii bei einem Kinde, dessen Mutter ebenso erkrankt war [4]); über Nephritis von Neugeborenen in Fällen, wo die Mütter an Nephritis litten [5]). Aus so vereinzelten Beobach-

---

[1]) Archiv für Gynäkologie. Bd. III. S. 241 u. ff.

[2]) Friedreich, citirt von Gusserow a. a. O.

[3]) Valenta ibidem.

[4]) Dohrn, citirt von Benicke, Zeitschrift für Geburtshilfe u. Frauenkrankheiten von Martin und Fasbender Bd. I. S. 477.

[5]) C. Ruge, ibidem.

tungen ist der Causalnexus nicht sicher zu erschliessen, und Weg und Wesen des krankmachenden Stoffes bleiben unbekannt. Unzweifelhaft ist der Uebergang des gasig anzunehmenden Pockengiftes, wohl auch des Scharlach- und Masern-Infectionsstoffes; die Angaben Zweifel's [1]), dem nach Benicke schon Ch. Hüter voranging, über Chloroformdurchtritt durch die Placenta werden von Fehling [2]) bemängelt, aber von Zunz [3]) durchaus bestätigt. Sicher nachgewiesen ist von gelösten Stoffen das den Schwangeren gegebene Jodkali im Urin der Neugeborenen und im Fruchtwasser [4]); ebenso Salicylsäure im Urin der Kinder [5]). Aber über den Uebertritt geformter Elemente von der Mutter zum Kinde sind nur äusserst spärliche Angaben vorhanden.

Ausser den Versuchen Magendie's [6]), der angibt, trächtigen Thieren Färberröthe-Abkochung oder Campher-Emulsion in die Venen gespritzt und diese Stoffe bei der Frucht wiedergefunden zu haben, finde ich nur an zwei Kaninchen (nicht an mehr, wie Gusserow, Fehling u. A. anzunehmen scheinen) Versuche angestellt, deren Resultat ein gerade entgegengesetztes ist. Einmal hat Reitz [7]) — derselbe auf dessen Placentarbeschreibung Kassowitz sich stützt — einem trächtigen Kaninchen zweimal Zinnober ins Blut gespritzt. „Auf Schnittpräparaten aus Chromsäure konnte man in beiden Organen (Uterus u. Placenta) eine nicht unbedeutende Anzahl von Zinnoberpartikelchen nachweisen. Die glatten Muskelfasern des Uterus waren nicht davon ausgenommen. Das Blutcoagulum aus dem Herzen des Embryo zeigte bei der Untersuchung auch die Anwesenheit von Zinnoberpartikelchen wie im Fibringerinnsel so auch in den zelligen Elementen. Bei der Untersuchung des Gehirns und Rückenmarks konnte ich die

---

[1]) Berliner klin. Wochenschr. 1874. Nr. 21.

[2]) Archiv für Gynäkologie. Bd. IX. S. 313.

[3]) Pflüger's Archiv für Physiologie. Bd. XIV. Heft 11 u. 12 S. 605.

[4]) Gusserow a. a. O.

[5]) Benicke a. a. O.

[6]) Benicke a. a. O.

[7]) Sitzungsbericht der Akademie in Wien, Mathem.-naturw. Classe 1868. LVII. S. 8—10.

Anwesenheit von Zinnober weder in den Nervenzellen noch in den Nervenröhren mit Bestimmtheit eruiren. Die capillaren Gefässe des Gehirns lieferten hingegen ein ausgezeichnetes Object, um das Eingelagertsein von Zinnoberpartikelchen in den Capillargefässen zu studiren. Man konnte mit der Tauchlinse das Vorhandensein der Zinnoberkörnchen in den Wänden der Capillaren selbst mit der grössten Sicherheit nachweisen, was wohl zur Vermuthung berechtigt, dass das Hineingelangen von Zinnober in's Gewebe direct durch die Wände der Capillargefässe stattfinden könne." Dagegen fanden Hoffmann und Langerhans[1]) „den Uterus eines am 89. Tage nach der Injection getödteten hochschwangeren Thieres nicht im beträchtlichen Maasse betheiligt; nur hin und wieder in einzelnen Bindegewebskörpern Zinnober; keine Spur davon im Embryo noch Placenta." Ich glaubte von vornherein das widersprechende Resultat der späteren Autoren dadurch erklärt, dass bei der Befruchtung des Kaninchens, dessen Tragezeit nur c. 30 Tage dauert, aller Zinnober aus der Circulation entfernt in den Organen, besonders der Leber aufgespeichert liegen mochte. Aber es war nöthig, durch eine Wiederholung des Experiments den Widerspruch gänzlich zu heben, resp. für begründet zu erklären. Ich injicirte daher (im Institute des Herrn Professor Gruenhagen und unter gütiger Assistenz desselben) in die Halsvenen eines hochträchtigen Kaninchens am ersten Tage 4 Grm. einer mit concentrirter Gummilösung bereiteten Zinnoberemulsion. Am folgenden Morgen Ausstossung einer Frucht, in deren Nabelgefässen nichts von Zinnober zu finden war. Vierundzwanzig Stunden nach der ersten Injection wurden wieder 4 Grm. Zinnoberemulsion eingespritzt; am Ende der sonst gut geglückten Injection geringe Blutung, wenige krampfhafte Bewegungen des Thieres, Tod. Bei der sofortigen Oeffnung der Bauchhöhle sah man deutlich Zinnober in den Gefässen der Serosa und Musculatur des Uterus; nach dessen Eröffnung entbanden sich die noch lebenden Jungen leicht sammt den Placenten. Dicht an der zinnoberstrotzenden Placenta wurde eine Ligatur umgelegt, ebenso dicht an dem Nabelringe der verschieden grossen Jungen, und dann der Inhalt der Nabelgefässe auf das Objectglas gebracht. Bei jedem Thiere fanden

---

[1]) Virchow's Archiv. Bd. 48. S. 320.

sich Zinnoberkörnchen in m. w. grosser Zahl. Ob der Durchtritt innerhalb weisser Blutzellen geschehen war, — wie man nach den bisherigen Untersuchungen anzunehmen berechtigt sein möchte — konnte ich nicht entscheiden; aber der Durchtritt von festen unnachgiebigen Körpern durch die Placenta in die Circulation des Fötus ist — wenigstens für das Kaninchen — unzweifelhaft.

Schliesslich noch ein paar Worte über eine der interessantesten Partien der Arbeit von Kassowitz. Durch äusserst mühsame und umsichtige Benutzung seines schönen Materials hat der Autor erweisen können, dass die von Diday, Roger u. A. (gelegentlich auch von mir in einem vorher erwähnten Falle) beobachtete allmälige Abschwächung in der Intensität der syphilitischen Vererbung sehr häufig ist; der Art, dass falls nicht Quecksilberkuren hindernd eintreten, das zuerst geborene Kind am stärksten, jedes später geborene weniger resp. gar nicht mehr erkrankt gefunden wird. Möglich und sehr wahrscheinlich, dass das die Regel ist, und so die Syphilis um ein gut Stück ihres bisher „proteusartigen" Wesens gebracht wird; aber die schroffe Aussprache dieses bereits durch frühere Autoren aber in viel vorsichtigeren, Ausnahmen zulassenden Ausdrücken aufgestellten Gesetzes reizt doch zum Widerspruch. „Man beobachtet niemals einen grossen Sprung nach rückwärts, so dass etwa wieder auf ein gesundes Kind lebensunfähige Frühgeburten folgen würden; und ebenso wenig findet jemals in zwei kurz auf einander folgenden Geburten ein bedeutender Sprung nach vorwärts statt, und wurde jemals beobachtet, dass etwa nach einer todten Frühgeburt schon in einem Jahre ein sehr schwach afficirtes oder gar ganz gesundes Kind geboren worden wäre. Solche zwei Geburten können ohne Zwischenglied nur dann aufeinander folgen, wenn eine grössere Reihe von Jahren zwischen beiden verflossen ist. (S. 466)." Klinische Beobachtungen kann ich dem nicht entgegensetzen, vor Allem aus dem schon angegebenen Grunde, weil fast alle Kranke, die ich durch längere Zeit beobachten konnte, mit Mercur behandelt sind, und die Geburt hereditär-syphilitischer Kinder sehr selten gewesen ist. Aber ich verweise auf die von Kassowitz angeführten und von ihm für seine Ansichten benutzten Geburten verschieden erkrankter Zwillinge. Zu gleicher Zeit sehen wir Kinder geboren werden, deren eines intensiv vergiftet, das andere schwach

oder vielleicht gar nicht berührt ist. Stimmt das zu der schroffen Theorie unseres Autors?

Ich schliesse mit dem offenen Bekenntniss, dass in der Hauptfrage nach der Möglichkeit der placentaren Infection und der Rückinfection die Erfahrungen von Kassowitz auch für mich viel Bestechendes haben, dass ich sie aber nicht für entscheidend halten kann, wie der Autor allerorten verlangt. Die fernere klinische Beobachtung wird die Entscheidung zu bringen haben, aber nicht negative, sondern erst positive Angaben über inficirbare Mütter nach kürzlich erfolgter Entbindung von hereditär-syphilitischem Kinde werden im Stande sein, alle Zweifel zu lösen.

Zur Behandlung des chronischen Harnröhrentrippers.

(Vorläufige Mittheilung aus der Abtheilung des Professor Reder in Wien.)

Von Oberarzt **Dr. Gschirhakl.**

Seit es Désormeaux[1]) gelungen, durch Einführung des Endoskopes in die chirurgische Praxis die Harnröhrenschleimhaut dem menschlichen Auge zugänglich zu machen, vermochte man, in vielen Fällen wenigstens, bei gewissen Erkrankungen der Harnröhrenschleimhaut nicht allein eine stricte Diagnose zu stellen, sondern auch eine rationelle Therapie einzuleiten.

Der chronische Harnröhrentripper war es vor Allem, den die betreffenden Fachleute nach Désormeaux' Vorgange zum Gegenstande eingehenden Studiums machten. Wenn man auch zugeben muss, dass die Urethroskopie eine beschränkt verwendbare Untersuchungsmethode ist, die erst nach langer sorgfältiger Uebung dem Einzelnen von Werth sein kann, so kann man andererseits doch nicht bestreiten, dass die Methode für den routinirten Untersucher ein ganz brauchbarer, ja sicherer Untersuchungsbehelf ist. Diese Verhältnisse erklären es aber auch, warum selbst namhafte Kliniker und Specialisten dieser Untersuchungsmethode eine nur untergeordnete Bedeutung beimessen. Noch ein Umstand ist es, der uns eigentlich das abfällige Urtheil so Mancher über den Werth der Urethroskopie speciell für den chronischen Tripper nicht ungerechtfertigt erscheinen lässt.

---

[1]) De l'endoscope et de ses applications etc. Paris 1865.

Es ist dies der Mangel diesbezüglicher mikroskopischer Untersuchungen, oder wo solche vorgenommen wurden, deren negatives Resultat. Man kann somit Zeissl[1]) nur beistimmen, wenn er sagt, dass erst eine allgemeine Anwendung des Endoskopes es lehren werde, ob die insbesondere von Tarnowsky[2]) aufgestellten Typen der pathologischen Veränderungen bei der chronischen Urethritis sich stets und als allgemein giltig werden nachweisen lassen.

Wie wir in Kürze anführen wollen, ergab sich bekanntermassen nach den Untersuchungen von Désormeaux, Tarnowsky, Fürstenhain[3]), Fenger[4]), Grünfeld[5]) als pathologisch-anatomischer Befund bei dem chronischen Tripper das Vorhandensein von „Hyperplasie der Schleimhaut, Papillargranulationen, Granulomen und Folliculargranulationen."

Als weiteres pathogenetisches Moment für diese Erkrankung wurden schon vor der Handhabung des Endoskopes Erosionen und Ulcerationen der Harnröhrenschleimhaut aufgefunden, die in manchen Fällen hinter den stärker entwickelten normalen, klappenartigen Duplicaturen oder in den Sinus Morgagni sich einnisten und dann die sogenannte „abgesackte Blennorrhöe" darstellen. In vielen Fällen setzt sich der Katarrh per continuum in die Ausführungsgänge der Littré'schen, Cowper'schen Drüsen und der Glandula prostatica, sowie in den Sinus prostaticus fort mit consecutiver Erweiterung dieser Gänge und Alteration des Secretes zum katarrhalischen.

Der Katarrh dieser Drüsenausführungsgänge findet sich nach Dittel[6]) auch als „secundäre Veränderung" bei Harnröhrenverengerungen im retrostricturalen Theile der Harnröhre.

---

[1]) Grundriss der Path. u. Therapie der Syphilis etc. Stuttgart 1876, pag. 18.

[2]) Tarnowsky, Vorträge über vener. Krankheiten 1872, Berlin.

[3]) Berlin. kl. Wochenschr. 1870, Nr. 3 u. 4.

[4]) Nord. med. Ark. V. 4. Nr. 27. 1873 citirt nach „Schmidt's Jahrbüchern Nr. 164."

[5]) Wiener Klinik 1877. 2. u. 3. Heft.

[6]) Dittel, Handbuch der allg. u. spec. Chir. von Pitha u. Billroth III. Bd. 2. 6. pag. 82.

Minder detaillirte Aufschlüsse über die pathologische Anatomie der chronischen Urethritis bietet hingegen das nekroskopische Studium. Theils fehlen hierüber genauere Angaben in den betreffenden Handbüchern, wie bei Engel[1]), oder wird als nachweisbare anatomische Grundlage dieses Leidens nach Rokitansky[2]), Heschl[3]), Orth[4]), Rindfleisch[5]) bloss „Wulstung der Schleimhaut und zuweilen auffallende Schwellung der Schleimdrüsen" angegeben. Nur bei Klebs[6]) geschieht, als eines wichtigen Folgezustandes des chronischen Trippers, der hyperplastischen Formen, sogen. polypöser Urethritis Erwähnung. Einen ebenso geringen Beitrag zur anatomischen Diagnostik des genannten Leidens liefern die hier in Wien sich vorfindenden Präparate; genauere Angaben sollen sich nach Tarnowsky in der fremden insbesondere der französischen Literatur vorfinden.

Diese differenten Ergebnisse der endoskopischen Untersuchungen in vivo und der nekroskopisch nachgewiesenen Veränderungen bei dem chronischen Harnröhrentripper berechtigten zu dem Ausspruche, dass dieses Capitel noch nicht genügend ausgearbeitet sei. Wir halten die Sache derzeit noch nicht für spruchreif.

Aus diesen Gründen kann man auch heute noch nicht, nimmt man sich diesen Gegenstand zum Vorwurf einer Besprechung, des so werthvollen Behelfes der Analogie entrathen und sollen demnach den nun folgenden Auseinandersetzungen über die Behandlung des chronischen Trippers die für die Behandlung analoger Schleimhauterkrankungen feststehenden Gesichtspunkte als Basis dienen.

Vor einer weiteren Ausführung wollen wir noch in Kürze der Diagnose des chronischen Harnröhrentrippers Erwähnung thun. Diese in vivo zu stellen, gestatten uns einerseits die Symptome, andererseits der objective Befund. Ueber den letzteren verschafft uns in den meisten Fällen das angewandte Urethroskop die endgiltige Aufklärung; eine wesentliche Unterstützung ge-

---

[1]) Engel, spec. pathol. Anatomie II. Abth. pag. 818.
[2]) Lehrb. der pathol. Anatomie 3. Aufl. 3. Bd. pag. 376.
[3]) Compend. der allg. und spec. Anatomie. 1855.
[4]) Orth. Compend. der path.-anat. Diagnostik. Berlin 1876.
[5]) Lehrbuch der path. Gewebslehre. IV. Aufl. 1875.
[6]) Handbuch der path. Anatomie I. Bd. II. Abth. 1876.

währen uns jedoch die symptomatischen Zeichen: der Ausfluss (goutte militaire) die Tripperfäden und die Untersuchung mit der Knopfbougie (Sonde à boule). Ueber alle diese diagnostischen Behelfe findet sich Ausführliches in den betreffenden Fachschriften, insbesondere bei Tarnowsky, daher wir darauf hinweisen können. Nur betreffs der Tripperfäden, jener von Cylinderepithel und Eiterzellen bedeckten mucösen Schläuche möchten wir hervorheben, dass diese vielleicht geeignet sein dürften, die Differentialdiagnose zwischen den einzelnen, früher genannten, ursächlichen anatomischen Veränderungen beim chronischen Tripper, wenn auch nicht präcis zu stellen, so doch zu unterstützen. Unserer Ansicht nach sind sie nicht allein der Ausdruck eines in die Ausführungsgänge der früher erwähnten Drüsen fortgesetzten Katarrhs, sondern sie können auch bei Vorhandensein einer genuinen Schleimhauterkrankung (Hyperplasie, Papillargranulation) entstehen. In diesem Falle dürften sie, längs der Harnröhrenschleimhaut gelegen, eine grössere Breite und einen gestreckten Verlauf besitzen. Jene Schleimfäden jedoch, die sozusagen der Abklatsch der sogenannten Ausführungsgänge sind, entsprechen deren Dimensionen und Verlauf: sie sind dünneren Calibers und von verschiedener Configuration, je nach der anatomischen Beschaffenheit ihrer Ursprungsstätte.

Da die chronische Urethritis zumeist die Bedeutung einer localisirten Erkrankung hat, so werden wir im Folgenden bei der Besprechung der Therapie dieser Erkrankung nur jener Behandlungsmethoden Erwähnung thun, die den Zweck haben, topisch ihre Wirkung zu entfalten. Wenn auch bereis seit Désormeaux der Weg gekannt war, um die jeweiligen oft sehr differenten pathologisch-anatomischen Veränderungen bei der chronischen Urethritis zu erkennen, so hatte es doch mit einer passenden Application der entsprechenden Heilmittel noch einen schweren Weg. Hatte man auch bald einsehen gelernt, dass der chronische Tripper, wie jede katarrhalische Erkrankung einer anderen Schleimhaut, auch dieselbe Therapie mit denselben Arzneikörpern erfordern — so bot doch noch immer deren rationelle Application so manche Schwierigkeit. In den verschiedensten Formen, unter Anwendung der verschiedensten Instrumente bemühten sich die Praktiker, diese Heilmittel der Harnröhre einzuverleiben.

Dieselben lassen sich nach ihrer Form leicht in 3 Arten unterscheiden: 1. in Arzneikörper, die in Substanz, 2. in solche die im gelösten Zustande in die Harnröhre eingeführt werden und 3. in die in Salbenform angewandten Arzneikörper.

Hieran schliesst sich noch jene Behandlungsweise, die durch rein mechanische Einwirkung und Anregung eines leichten Reizzustandes die pathologischen Veränderungen einer chronisch-katarrhalisch erkrankten Harnröhrenschleimhaut zu beseitigen trachtet. Es geschieht dies durch Einführung von Bougies.

Angesichts der zahlreichen und ausführlichen Kritiken dieser einzelnen Heilmethoden kann es unsere Absicht nicht sein, diese eben hier näher zu besprechen. Wir wollen daher bloss summarisch über die Verwendbarkeit dieser drei Gruppen von Arzneikörpern unsere Meinung abgeben.

Die Application von Arzneikörpern in Substanz in die Harnröhre, sei es in Form von Insufflationen (Mallez) oder durch Einführung hiemit überzogener, früher erwärmter Wachsbougies erfüllt nur sehr ungenau den Zweck einer directen und genau zu berechnenden Wirkungsweise dieser Heilkörper. Sicherer für die Application bei localer Erkrankung der Harnröhrenschleimhaut äussert sich wohl der Aetzmittelträger (Lallemand, Mercier) doch ist der Eingriff hiemit für's erste für die Umgebung der Harnröhre (Blase) und für's zweite auch in den meisten Fällen für den Localprocess ein zu drastischer. Nur sehr selten, sozusagen in den Ausnahmsfällen (von Trachoma papillare) sieht sich der Ophthalmiater veranlasst, das Aetzmittel (z. B. Lapis infernalis) in Substanz anzuwenden, eine gleiche Indication resp. Contraindication besteht auch für den anderen Specialisten. Eine dem Trachoma papillare analoge Veränderung der Urethralschleimhaut (fungöse Strictur — Tarnowsky) die eine so energische Aetzung rechtfertigen würde, wird nur sehr selten, wenn überhaupt zur Behandlung gelangen. Die häufiger vorkommenden, mindergradig entwickelten Schleimhautwucherungen bedürfen jedoch eines so tief eingreifenden Arzneiverfahrens nicht. Deren Behandlung lässt sich in gelinderer und sicherer Weise, wie weiter unten noch besprochen werden soll, durchführen.

Von geringerer caustischer Wirkung als diese Aetzmittel in Substanz ist die Anwendung der verschiedenen Arzneikörper in Salbenform. Hieher gehören das Bestreichen der Bougies mit Salben und Pasten (Lindwurm, Schuster) die medicamentösen Bougies (Thiry) und die Einführung von Suppositorien in die Harnröhre (Th. Clemens, Vinci, Dittel's Porte-remède).

Wenn Tarnowsky sagt „dass die Anwendung von Salben für die Harnröhre stets eine der unbequemsten und hauptsächlich der schmutzigsten Heilmethoden ist", so kann man ihm nur vollständig beipflichten. Ausserdem wird der dringenden Nothwendigkeit einer directen Application auf eine local erkrankte Harnröhrenpartie nur durch den Dittel'schen Porte-remède entsprochen. In jeder anderen Form in die Harnröhre eingeführt, wird die Salbe sich theils an der Harnröhrenmündung schon abstreifen, theils auf Partien einwirken, die gesund sind, somit einer Aetzwirkung nicht bedürfen. Uebrigens versagt auch der Porte-remède mitunter seinen Dienst, wie selbst Dittel[1]) zugibt, indem er pag. 53 anführt „diese Heilmethode nie öfter als 3—6 mal in Anwendung gezogen zu haben — entweder wurde durch sie der Zweck erreicht, oder dieselbe ganz aufgegeben". „Auch ist die Cauterisation hiemit eine sehr intensive und lässt sich aus diesem Grunde nicht vor 14 Tagen wiederholen." Diese von dem Autor selbst hervorgehobenen Umstände lassen auch diese Behandlungsmethode wenigstens in der angegebenen Dosirung des wirksamen Bestandtheiles (Nitr. arg.) als eine eingreifende erscheinen und reihen sie somit in ihrer Wirkung der früheren Gruppe an. Demgemäss ist auch deren Indication die gleiche. Wohl nur weitergediehene Veränderungen der Harnröhrenschleimhaut (Papillargranulationen) dürfen die Anwendung dieser intensiv wirkenden Suppositorien erfordern. Noch ein Factor, der den Augenarzt in manchen Fällen bestimmt, eine Augensalbe zu verordnen, fällt für die Harnröhrenscheimhaut weg; es ist dies die oft durch die Verhältnisse gebotene Selbstbehandlung des Kranken.

Alle die genannten Nachtheile entfallen jedoch bei Anwendung flüssiger Arzneikörper. Aus diesem Grunde finden diesel-

---

[1]) S. Handbuch d. allg. und spec. Chir. v. Pitha u. Billroth III. Bd. 2. 6.

ben auch bei chronischen Erkrankungen aller Schleimhäute ihre fast ausschliessliche Verwendung. In dieser Form gestattet das Heilmittel eine genaue Dosirung und ist in der einfachsten Weise von jedermann zu bereiten, ohne dass deren wirksamer Bestandtheil durch das Constituens alterirt wird, noch auch mit der Zeit zu verderben Gefahr läuft. Der Kehlkopfarzt, der Gynäkolog, insbesondere aber der Augenarzt verwenden die gelösten Arzneimittel mit Vorliebe. Die je nach Bedarf verschieden gesättigten Lösungea (v. Nitr. argent.) haben sich vollständig in die Therapie der Conjunctivalerkrankungen eingebürgert, da sie eben den Zweck am besten erreichen.

Diese Augenwässer wendet der Ophthalmiater in doppelter Weise an: in Form von Einträufelungen in den Conjunctivalsack und durch Auftragen mittelst eines Pinsels. Während die erste Art der Application bei leichten Affectionen der Conj. (Catarrhus conj.) platzgreift, wird bei substantiven Erkrankungen derselben, wo es sich um Wucherung und Neubildung der oberflächlichen Schleimhautlagen und somit um deren Zerstörung oder beschleunigte Abstossung handelt, die betreffende Lösung mittelst eines Pinsels auf die Bindehaut applicirt. Diese Art der Anwendung vereinigt zwei Vorzüge in sich, für's erste eine genau zu bemessende, rein topische Wirkung auf den localen Krankeitsherd, und für's zweite ist der Contact mit der erkrankten Partie ein viel innigerer. Unter einer solchen Behandlung wird das Trachom der Conj. entweder vollständig behoben, oder zum mindesten so weit gebessert, dass bei entsprechendem diätetischen Verhalten auch die letzten Reste desselben mit oder ohne Narbenbildung zum Schwinden gebracht werden. So glücklichen Heilresultaten, wie sie durch diese Behandlung der Ophthalmologe erzielte, konnte sich nicht lange auch der die chronische Blennorrhöe behandelnde Arzt verschliessen. Die Erkenntniss der Analogie in den pathologischen Veränderungen dieser beiden Schleimhautbezirke schaffte einer analogen Behandlungsweise eine feste Basis. Namhafte Fachleute, wie Tarnowsky, Fenger und Grünfeld versuchten den chronischen Harnröhrentripper durch Pinselung der erkrankten Schleimhaut zur Heilung zu bringen. Die bewährten Aetzmittel und Adstringentien (Nitr. arg. und Cupr.

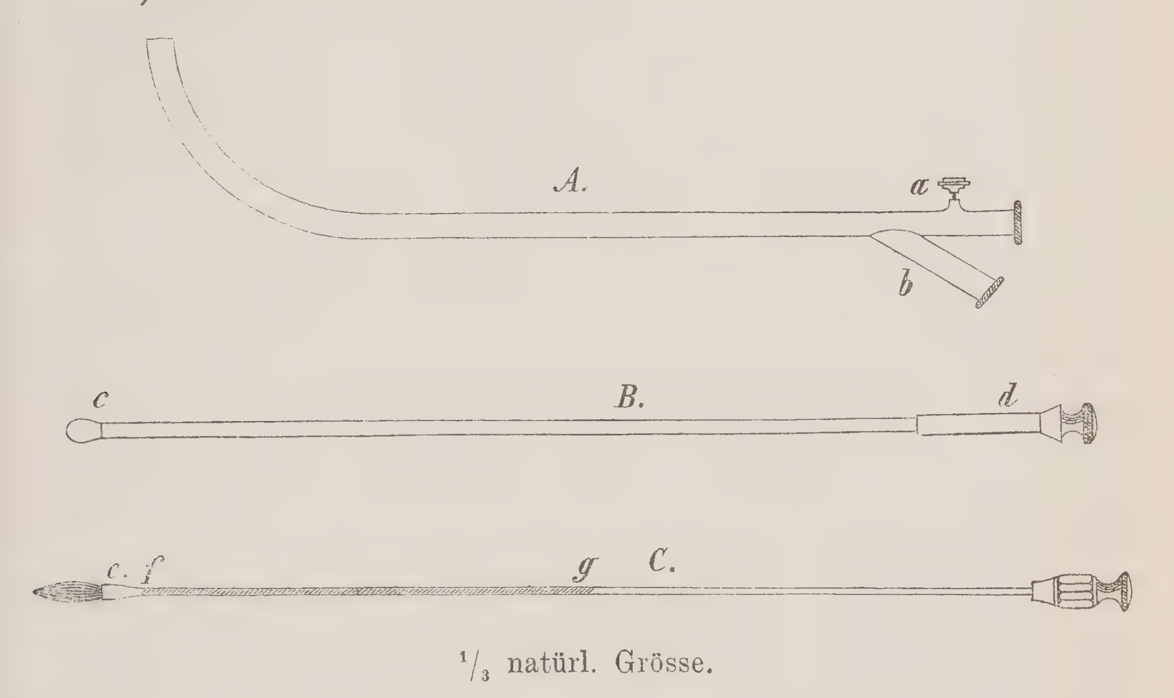
sulfur.) wurden durch das Urethroskop auf die erkrankte Schleimhaut applicirt. Der Erfolg dieser Behandlung war nach den übereinstimmenden Berichten dieser Specialisten dem Versuche günstig. Es gelang auf diese Weise nicht allein durch concentrirte Lapislösungen papilläre Wucherungen zum Schwinden zu bringen, sondern auch die eigentlichen torpiden Granulome durch Anwendung von Cupr. sulfur. ihrem natürlichen Ausgange in Narbenbildung entgegenzuführen.

Ueber Anregung des Herrn Prof. Reder versuchte auch ich bei den mir zur Behandlung gelangten chronischen Tripperkranken dieses therapeutische Verfahren. Durch das eingeführte Urethroskop wurde von mir die erkrankte Partie mit dem entsprechenden Heilmittel bepinselt. Im Beginne meiner Heilversuche machte mir jedoch die Einführung des geraden Endoskopes bis in jene Theile der Harnröhre, die vorwiegend der Sitz der genannten Erkrankung sind, also bis über die Pars bulbosa hinauf, einige Schwierigkeit. Gewohnt, die Harnröhre mit gekrümmten Kathetern und Bougien zu exploriren, gelang es mir anfänglich nur schwer, das gerade, vorne abgestutzte Endoskop über den Bulbus urethrae hinaufzuführen, ohne dass diese vulnerablen Theile durch leichte Blutung auf diesen Eingriff reagirt hätten. Durch diesen misslichen Zufall wurde jedoch der Heilzweck wesentlich alterirt. Ebenso wie bei der Behandlung des Trachoms das vorausgehende Umstülpen der Lider nie von einer Gewebsläsion, sei sie auch noch so oberflächlich, begleitet sein darf, musste auch ich die bei der Einführung des Urethroskopes aufgetretenen Blutungen als einen der exacten Heilung hinderlichen und unbequemen Zwischenfall ansehen. Mit der Zeit erlangte ich wohl so viel Routine in der Einführung eines geraden Instrumentes in die Harnröhre, dass dieselbe anstandslos ohne Blutung ausgeführt werden konnte. Trotzdem, ja vielmehr eben deswegen, weil ich aus eigener Erfahrung wusste, dass, um dies zu erreichen, eine specielle Uebung und Vorbereitung erforderlich ist, wozu jedoch nicht Jedermann Zeit und Gelegenheit findet, schien mir das gerade Endoskop (Steurer[1]) für diese Zwecke nicht allgemein verwendbar. Wenig-

---

[1]) s. Vierteljahresschrift für Dermatol. und Syphilis III. Jahrg. 1876, 1. Heft.

stens nicht für local erkrankte Partien vom Bulbus urethrae nach aufwärts. Durch diese Verhältnisse wurde mir somit der Gedanke nahe gelegt, die rückwärts gelegenen Partien der Harnröhre durch ein gekrümmtes Instrument in Angriff zu nehmen. Grünfeld [1]) gibt wohl ein „gekrümmtes Endoskop mit Conductor“ an, das sich leicht in die Pars prostatica einführen lässt; doch kann man durch dasselbe therapeutisch stets nur auf die untere Hälfte der Harnröhre einwirken. Die bekannte Thatsache, dass selbst die tiefen Injectionen in die Harnröhre, wie sie Diday, Guyon, Garreau, u. A. vornahmen, den Harnröhrentripper seiner Heilung nicht zuführen, bestimmte mich, gestützt auf die von den Ophthalmiatern erzielten glücklichen Resultate bei der Behandlung der Conjunctivalerkrankungen, mittelst eines am vorderen Ende eines Katheters drehbaren Pinsels auf die Harnröhrenschleimhaut einzuwirken. Hiezu dient mir seit Mitte 1875 folgendes Instrument [2]).



$^1/_3$ natürl. Grösse.

Dasselbe besteht aus *A.* einem neusilbernen Katheter, *B.* einer englischen Bougie als Conductor für den Katheter und *C.* dem Pinsel.

---

[1]) s. Wiener Klinik 2. u. 3. Heft 1877.

[2]) Herr Prof. Bernatzik hatte die Freundlichkeit, in seinem „Handbuch der Arznei-Verordnungslehre 1876“, pag. 316 desselben zu erwähnen.

Der Katheter ist an seinem vorderen Ende abgestutzt und trägt am Pavillon eine in sein Lumen eindrehbare Schraube (a) und ein unter einem Winkel von 45° angelöthetes Ansatzrohr (b). Die als Obturator dienende Bougie (B) ist dem entsprechend von dünnerem Caliber als der Katheter. Vorne übergeht sie in eine Olive (c), welche das Lumen des Katheters vollkommen ausfüllt, rückwärts trägt sie eine neusilberne Handhabe (d).

Der Pinsel, dessen Haare (Iltis- oder Kameelhaare) in eine neusilberne Olive (e) fest eingefügt sind, setzt sich in einen Metalldraht fort, der jedoch bis zur Mitte seines Verlaufes ein spiraliges Gewinde (fg) darstellt. Dies zu dem Zwecke, damit man den Pinsel beliebig und mit Leichtigkeit in dem Katheter drehen könne.

Das Instrument wird folgendermassen angewendet: Ausserhalb der Harnröhre wird die Bougie in den Katheter eingeführt und mittelst der Schraube (a) in demselben festgestellt. So armirt führt man nun das Instrument in die Harnröhre ein bis zu jener Stelle, die man früher, sei es durch die Sonde à boule sei es durch das Urethroskop als krank erkannt hatte. Dass man sich wirklich an der gewünschten Stelle befinde, darüber gibt uns einerseits die von dem Kranken zur Mittheilung gebrachte Schmerzempfindung, andererseits die Stellung des Katheters zur Horizontalebene [1]) Aufschluss. Hat man auf diese Weise die erkrankte Stelle erreicht, so entfernt man die Bougie aus dem Katheter. Dies geht nach Lockerung der festgestellten Schraube in der einfachsten Weise vor sich. Der Kranke wird hiebei nicht im geringsten beunruhigt, noch auch die Harnröhrenschleimhaut irgendwie insultirt.

In den nun freien Katheer wird jetzt der Pinsel (C) eingeführt, vordem wird derselbe mit der zu verwendenden Arzneilösung benetzt. Die Einführung des Pinsels muss eine sehr vorsichtige sein. Ist man, wovon man sich vor der Application leicht überzeugen kann, mit der Spitze des Pinsels soweit vorgedrungen, dass diese am vorderen Ende des Katheters erscheint, so ist es rathsam, den Pinsel unverrückt zu halten, den Katheter jedoch über den Pinsel zurückzuziehen. Würde man den Pinsel

[1]) s. Dittel, Handbuch der allg. u. spec. Chir. etc.

selbst in dem Katheter, bis er oben an diesen anstösst, verschieben, so würde der Pinsel einerseits die Urethralschleimhaut in nicht gleichgiltiger Weise insultiren, da dessen einzelne Haare sich an dieselbe anspreizen, andererseits der Arzneikörper vielleicht über die erkrankte Stelle hinauf seine Wirkung äussern.

Die Application des Arzneimittels, d. i. der betreffenden Lösung, geschieht dadurch, dass man diese durch das früher erwähnte Ansatzrohr (b) in den Katheter einträufelt. Die Einträufelungen kann man entweder mittelst eines Tropfglases vornehmen oder man kann auch eine nach der Pravaz'schen Spritze construirte, etwas grössere Spritze hiezu verwenden, wenn man die Menge der eingeträufelten Flüssigkeit genau wissen will. Die in den Katheter eingegossene Lösung wird sich in dessen vorderem Theile, also um den Pinsel herum ansammeln, der Pinsel wird hiemit getränkt. Während man nun den Katheter mit der linken Hand festhält, kann man mit der rechten den eigentlich wichtigsten Act der ganzen Operation vornehmen, d. i. die Drehung des Pinsels um seine verticale Axe. Dieselbe lässt sich bei genauer Fabrication des ganzen Instrumentes [1]) in der einfachsten Weise ausführen und je nach der Ausdehnung der Erkrankung localisiren. Ist diese, sagen wir z. B. vom Bulbus urethrae bis an das Orificium externum ausgebreitet, so nimmt man die Drehungen des Pinsels die ganze Strecke entlang vor. Beschränkt sich jedoch der Krankheitsherd auf die pars membranacea, so pinsle ich bloss diese Partie und entferne dann, indem ich den Pinsel im Katheter cachire, Katheter und Pinsel aus der Harnröhre. —

Die Einführung des mit dem Obturator armirten Katheters lässt wohl Niemandem Zweifel über die Unschädlichkeit und Geringfügigkeit dieses Eingriffes aufkommen. Diese Operation ist gleich bedeutend mit der Einführung jeder anderen metallenen oder elastischen Bougie.

Wie früher erwähnt, ist eben die Olive der Bougie der vorderen Lichtung des Katheters derart vollkommen angepasst, dass festgeschraubt sich die Bougie im Katheter nicht zurückstauen

---

[1]) Herr Instrumentenmacher Reiner (XI. Van-Swietengasse) liefert ganz vorzügliche derartige Harnröhrenpinsel.

kann, somit eine Einklemmung der Harnröhrenschleimhaut nicht zu befürchten steht. Minder gleichgiltig dürfte das Drehen des Pinsels in der Harnröhre auf den ersten Blick erscheinen. Auch ich trug im Beginn meiner Versuche dieses Bedenken. Hält man sich jedoch vor Augen, dass nach Lallemand's Vorgange häufig genug noch der Aetzmittelträger und angeblich mit gutem Erfolge angewendet wird, so sind schon a priori diese Bedenken nicht gerechtfertigt. Zudem kann ich noch auf meine praktische Erfahrung hinweisen. Unter den vielen von mir bisher in der Harnröhre gepinselten Kranken kam mir nur ein Fall von Blasenkatarrh zur Beobachtung, wo ich diese Complication auf Rechnung des genannten operativen Eingriffes setzen musste. Doch datirt für's erste dieser Kranke in die Zeit meiner ersten Versuche mit diesem Instrumente, und hatte auch das hiezu angewandte Mittel, 2% Cupr. sulf.-Lösung, einen grossen Antheil an diesem Misserfolge. In allen anderen Fällen hingegen konnte ich mich über einen wie immer beschaffenen Zwischenfall nicht beklagen. Die Kranken vertrugen diese Operation an und für sich sehr gut, und trugen auch keine Consequenzen hievon. So will ich hier nur eines Krankheitsfalles Erwähnung thun, der geeignet ist, die Verlässlichkeit dieser Angaben vollkommen zu bestätigen. Ein Officier, der seit einiger Zeit an Enuresis nocturna litt, nachdem durch mehrere Jahre ein chronischer Tripper bestanden, wurde von mir gepinselt. Unter genauer Controle des durch den Mastdarm eingeführten Fingers applicirte ich in der früher beschriebenen Weise eine $2^0/_0$ige Lapislösung in die Regio prostatica bis knapp an das Orificium vesicale. Es wurde diese Bepinselung gut vertragen, ohne dass eine Reaction folgte, — der Kranke wurde nach dreimaligem Pinseln, wenigstens für zwei Monate, so lange er in meiner Beobachtung stand, geheilt.

Nachdem wir nun die Geringfügigkeit des Eingriffes bei richtiger Handhabung dieses Instrumentes klar dargethan zu haben glauben, erübrigt es noch, über die einzelnen Indicationen für die Anwendung dieses Harnröhrenpinsels uns auszusprechen. Sie fallen mit den allgemein chirurgischen Grundsätzen zusammen, es ergeben sich hiefür dieselben Anzeigen und Gegenanzeigen, wie sich solche der Augenarzt bei der Behandlung des Trachoms und des chronischen Conjunctivalkatarrhs stellt.

Prof. Stellwag von Carion[1]) fasst diese in folgenden Worten zusammen. „Der Zweck der Aetzungen beim chronischen Katarrh und dem Trachom ist, die Bindehaut zur Norm zurückzuführen. In Berücksichtigung dessen kann nicht genug gewarnt werden vor tief greifenden Aetzungen, namentlich mit Höllenstein in Substanz; denn diese führen immer zur Bildung ausgebreiteter Narben. Es hat vielmehr als ausnahmsloses Gesetz zu gelten, dass man sich, selbst in Fällen hochgradigen diffusen Trachoms, bei jeder einzelnen Aetzung auf die Erzeugung eines ganz dünnen, oberflächlichen Schorfes beschränkt. Eine zweite Regel fordert mit grösster Sorgfalt, die Einwirkung der Aetzmittel auf Stellen zu verhüten, welche von trachomatösen Rauhigkeiten nicht bestanden sind, welche also dem Causticum nur die Substantia propria zur Einwirkung bieten.“

Diese Grundsätze, denen der Augenarzt seine günstigen Resultate bei der Behandlung der Bindehauterkrankungen verdankt, haben auch für die Therapie des chronischen Trippers, speciell für die Bepinselungen ihren vollen Werth. Aus diesem Grunde möchten wir auch bei allen früher erwähnten genuinen Erkrankungen der Hautröhrenschleimhaut (Papillargranulationen, Granulome, Hyperplasie) eine vorsichtige und langsame Behandlung empfehlen. Hiedurch wird „eine langsame Abstossung der epithelialen Strata und die Rückbildung und Aufsaugung der im Parenchym der einzelnen Schleimhautbezirke neugebildeten Elemente“ [2]) am leichtesten stattfinden können. Nur in den seltensten Fällen wendet der Augenarzt den Lapis in Substanz oder sehr concentrirte Lapislösungen an. Bei niederen Entwicklungsgraden von Trachom hingegen und bei nach Katarrhen zurückbleibender Lockerheit und Wulstung der Conjunctiva werden die besten Erfolge durch schwächere ätzende Lösungen (bis zu 2% Nitr. arg.) erzielt.

Solche mittelgradige Veränderungen der Urethralschleimhaut, insbesonders der Hyperplasie des submucösen Gewebes, sind unserer Ansicht nach in den meisten Fällen die Ursache einer

---

[1]) Stellwag v. Carion, Lehrbuch d. prakt. Augenheilkunde. IV. Aufl. Wien 1870. pag. 466.

[2]) Ebenda, pag. 458.

chronischen Urethritis. Es wird daher auch die Verwendung gering ätzender, leicht reizender Lösungen (Nitras argenti, Jodglycerin etc.) hier am Platze sein. Für die allerdings noch sehr fraglichen Granulome möchten wir Bepinselungen mit Cuprum aluminatum vorschlagen, da wir in einem Falle nach Anwendung von Cupr. sulfur. ($2^0/_0$ Lösung), Blasenkatarrh auftreten sahen.

Mehr noch als für diese speciellen Schleimhauterkrankungen empfehlen sich die früher angegebenen Vorsichts- und Verhaltungsmassregeln für die anderen den chronischen Tripper erzeugenden und complicirenden Erkrankungen. Es sind dies die Katarrhe der Ausführungsgänge der der Harnröhre beigegebenen Drüsen (Littré'sche, Cowper'sche Drüsen und Glandul. prostatica), die, wie bereits erwähnt, auch als „secundäre Veränderungen" bei Stricturen vorkommen. Die leichte Diffusion von Lösungen in die erkrankten Ausführungsgänge bringt diese mit den Arzneikörpern in innigen Contact und gestattet eine genaue Dosirung. Jene Aetzungen jedoch, wie sie Lallemand u. A. bei chronischer Prostatitis mit Lapis in Substanz vornahmen, entbehren nicht allein dieser Vortheile, sondern scheinen uns geradezu schädlich. Sie erzeugen eben auf der betreffenden Partie einen dichten Aetzschorf, wirken somit viel zu drastisch für den doch nur geringfügigen Krankheitsprocess. Zudem liegt es ganz ausser dem Bereich des behandelnden Arztes, die Abstossung der Aetzschorfe zu controliren oder zu beschleunigen. Auch wird die Narbenretraction nach so ausgiebigen Aetzungen bei der an elastischen Fasern so reichen Harnröhrenschleimhaut [1]) eine ganz bedeutende sein.

Eine etwas intensivere Behandlung als die genannten Krankheitsformen dürfte das Vorhandensein von (folliculären) Ulcerationen erfordern. Dieselben sind in manchen Fällen, wie bereits erwähnt, die Ursache des chronischen Trippers oder finden sich als „secundäre Veränderungen" im retrostricturalen Theile der Harnröhre. Solche Ulcerationen können auch, wie wir noch hervorheben wollen, unter Umständen Enuresis bedingen. Dittel [2])

[1]) Robin Ch. et Cadiat, Journal de l'anatom. et de la phys. T. X. pag. 514.

[2]) Medizinische Jahrbücher II. Heft 1872.

spricht sich hierüber folgendermassen aus: „Durch ulcerative Substanzverluste wird der Verschlussapparat der Blase paralysirt, denn wenn sich auch der übrige gesund gebliebene Sphincterantheil contrahirt, so bleibt doch an der Stelle, wo ein tieferer Substanzverlust im Sphincter war, eine Lücke, durch welche der Harn tropfenweise durchträufelt. Wenn es gelingt, auf dem Boden desselben durch reizende oder ätzende Mittel Granulationen und durch sie eine kleinere, wenn auch stringirende Narbe zu erzeugen, so ist dies der Weg zur Heilung einer solchen Enuresis.“ Das früher angeführte Beispiel, wo wir bei einem Kranken mit Enuresis nocturna, die im Gefolge eines chronischen Trippers auftrat, durch Pinselungen der Pars prostat. Heilung erzielten, — dürfte unserem Heilverfahren auch für diese Fälle das Wort reden.

Alle hier aufgestellten Regeln für die Behandlung des chronischen Trippers gelten bloss im Allgemeinen. Im einzelnen Falle wird vielleicht die Pinselung der Harnröhre allein nicht zum Ziele führen. Diese Behandlungsweise wird anderen vorangehen oder nachfolgen müssen. Aber auch die angewandten Arzneikörper werden im speciellen Falle sowohl der Art wie auch der Dosirung nach sich modificiren müssen. Je nach dem bereits erzielten Effecte wird man von ätzenden zu adstringirenden oder von stärkeren zu schwächeren Lösungen übergehen müssen. Dass bei einem Kranken diese Pinselungen der Harnröhre mit unserem Instrumente nicht täglich vorgenommen werden können, ist in der Natur der Sache gelegen. Ich lasse einen freien Intervall von zwei Tagen nach jeder Pinselung eintreten. Ebenso ziehe ich es auch vor, wenn thunlich, diese Operation in einem warmen Wannenbade auszuführen.

Wir hätten jetzt noch die Aufgabe, all das bisher Gesagte durch casuistische Mittheilungen zu bekräftigen. Wir unterlassen dies jedoch aus dem Grunde, weil wir wohl wissen, dass Pinselungen der Harnröhrenschleimhaut nichts Neues sind. Tarnowsky, Fenger und Grünfeld haben bereits mit diesem Heilverfahren gute Resultate erzielt. Wir für unseren Theil wollten hiemit nur eine bequemere Art der Application des Pinsels, als bisher üblich, zur Kenntniss bringen. Ebenso wollen wir aber auch nicht

verkennen, dass die Methode der Behandlung des chronischen Trippers mit unserem Pinsel noch nicht zu einem Abschlusse gelangt ist, wir vielmehr es der Zeit und mit ihr den betreffenden Versuchen überlassen wollen, die dieser Methode vielleicht anhaftenden Mängel ausfindig zu machen.

Wien, im März 1877.

Die idiopathischen Schleimhautplaques der Mundhöhle; Leucoplakia[1]) buccalis.

Von

Dr. Ernst Schwimmer,
Universitäts-Docent in Budapest.

Die an den Schleimhäuten auftretenden pathologischen Zustände können, einer gewissen praktischen Auffassung zu Folge, nach der Wesenheit der Affection theils als idiopathische, theils als symptomatische Erkrankungen betrachtet werden, je nachdem selbe entweder bloss aus localen Veränderungen entstanden sind, oder sich als Theilerscheinungen anderer Allgemeinerkrankungen manifestiren. Hier wie dort kommt es zu Gewebsumwandlungen, welche den ursächlichen Momenten entsprechend ihre specielle diagnostische Bedeutung haben.

In Nachfolgendem wollen wir aus dem grossen Gebiete der Krankheitsformen, welche an den Schleimhäuten aufzutreten pflegen, bloss einzelne Affectionen zum Gegenstande einer eingehenderen Untersuchung wählen, die nahezu a u s s c h l i e s s l i c h die S c h l e i m h a u t d e r M u n d h ö h l e b e t r e f f e n, und als solche, wie aus dem Verlaufe der Arbeit sich ergeben wird, nach mehrfacher Richtung hin eine gewisse pathologische Sonderstellung erheischen.

Die Mundhöhlenschleimhaut bildet mit Einschluss des die Zunge bedeckenden Epithelüberzuges einen häufigen Sitz krankhafter Veränderungen, und während einzelne Affectionen nur an gewissen Stellen überwiegend oft sich zeigen (Prädilectionsstellen), treten andere, ohne an irgendwelche Oertlichkeit gebunden zu sein, an

---

[1]) λευκός weiss; πλάξ Platte, Fläche, franz. plaque.

allen Partien der Schleimhaut auf. So sehen wir die Diphtheritis häufiger am Racheneingange als an den übrigen Stellen der Mundhöhle vorkommen, den Soor und die aphthösen Bildungen öfter auf der Zungenoberfläche und der Wangenschleimhaut als an den Lippen und dem harten Gaumen, die scorbutische Entzündung sowie die durch Quecksilber und durch Phosphor veranlasste Stomatitis zumeist am Zahnfleisch und der angrenzenden Wangenschleimhaut, während die syphilitischen Erkrankungen an keiner Stelle ausschliesslich erscheinen, sondern ebenso an den Tonsillen, wie an der vorderen und hinteren Rachenwand, der Zunge, den Wangen, den Lippen und dem Zahnfleische vorkommen können. Gerade diese Erkrankungen, welche an allen Schleimhautpartien der Mundhöhle aufzutreten pflegen, bieten in Bezug auf Form, Dauer und Schwere des Leidens gewisse Eigenthümlichkeiten, die hier als Geschwür, dort als Knoten u. s. w. in ihren specifischen Eigenschaften sich manifestiren. Die besonderen Charaktere der einzelnen Affectionen sind durch die anatomisch-physiologischen Verhältnisse der Mundschleimhaut bedingt und dies ist wohl ein weiterer erklärender Grund, warum das syphilitische Virus eine zur Erkrankung so günstig disponirte Körperhöhle wie das Cavum oris in so vielfältiger Weise verändert.

Gehen wir in der Musterung der Affectionen weiter, so finden wir, dass die tuberculöse Geschwürsbildung sich zumeist in der Zunge, der Wasserkrebs (Noma) vorwiegend in der Wange vorfindet, während Lupus ebenso wie andere gut- und bösartige Neubildungen auf Lippen und Wangenschleimhaut, Zunge, hartem und weichem Gaumen sich entwickeln, und hier wie dort die Gewebe zu verändern und intensiv zu zerstören vermögen. Diese kurz berührten Krankheitsformen zeigen schon an und für sich die grosse Mannigfaltigkeit, unter welcher die Schleimhaut erkranken und sich vorübergehend oder dauernd verändern kann. Doch ist mit der Aufzählung dieser noch beliebig zu erweiternden Krankheitsreihe die Mannigfaltigkeit der pathologischen Umwandlungen, welche auf der Schleimhaut der Mundhöhle zur Beobachtung gelangen, noch nicht erschöpft.

Unter allen diesen haben wir es jedoch hier nur mit einem in verschiedenartiger Weise auftretenden Krankheitsbilde zu thun, welches dieser Arbeit als Substrat zu dienen bestimmt ist. Es

ist dies eine Affection der Lippen, Zungen- und Mundhöhlenschleimhaut, welche im Allgemeinen wohl nicht sehr häufig zur Erscheinung gelangt, doch keineswegs in solcher Seltenheit auftritt, als dass selbe der Aufmerksamkeit einzelner Beobachter entgangen wäre. Diese von der Mehrzahl der Aerzte nicht entsprechend gewürdigte, von einzelnen Forschern aber wohl gekannte, doch verschiedenartig beurtheilte und beschriebene Krankheitsform wurde nun einerseits als Psoriasis, andererseits als Ichthyosis oder auch als Keratosis und Tylosis der genannten Oertlichkeiten bezeichnet.

Schon diese verschiedenen Krankheitsnamen deuten darauf hin, dass die für das Uebel in Anwendung gezogenen Bezeichnungen einer verschiedenartigen Auffassung entsprechen, und dass man die Wesenheit der Erkrankung in gewissen äusserlichen Eigenschaften zu finden meinte, für welche eine in der Dermato-Pathologie schon vorhandene Benennung für ausreichend erachtet wurde. Während man jedoch eine bekannte, ein reines Hautleiden betreffende und in der Dermatologie eingebürgerte Krankheitsdefinition auf ein (nicht genügend gekanntes) Schleimhautübel übertrug, ein Vorgang, der in dieser Doctrin im Allgemeinen sonst nicht üblich gewesen, hatte man für in der That verschiedene Krankheitsformen identische Bezeichnungen gewählt, und so kam es, dass nicht, wie man auf den ersten Anblick vermuthen sollte, Krankheitsbegriff und Wesen der Erkrankung sich deckten. So glaubten einzelne Autoren, wie schon aus den angedeuteten Bezeichnungen zu entnehmen, dass Schleimhaut und Hauterkrankung aus analogen pathologischen Veränderungen entstanden sind und die äussere scheinbare Aehnlichkeit liess bei ihnen die Analogie zu einer fast unumstösslichen Identität sich entwickeln. Diese Auffassung war umso verlockender, je mehr das Krankheitsbild der Haut mit jener der Schleimhaut, abgesehen von der äusseren Aehnlichkeit, hier wie dort zu gleicher Zeit bei ein und demselben Individuum sich vorfand. Andere Beobachter hinwieder hielten die Mundhöhlenaffection für ein specifisches Leiden (syphilitischer oder arthritischer Natur) und dachten am zweckmässigsten eine Bezeichnung für ein Uebel beizubehalten, welches mit anderen bekannten specifischen Uebeln in Bildung und Wesenheit auffallend übereinstimmte; schliesslich hatten einzelne Aerzte, eine idiopathische Erkrankung vor Augen haltend, eine Bezeichnung gewählt, die

ihnen entsprechend schien, ohne Rücksicht auf andere äussere Momente.

Diese Momente, welche wir bei unseren geschichtlichen Notizen noch besonders erörtern wollen, sind es eben, welche betreffs der Wesenheit der in Rede stehenden Erkrankung die augenfällige grosse Unsicherheit und Unklarheit erklären, sobald wir die Gesammtheit der bisher bekannten Angaben und Schilderungen mit einander vergleichen. Wenn wir daher in Nachfolgendem versuchen wollen, die verschiedenartigen Bezeichnungen durch eine allgemeinere zu ersetzen, so leitet uns hiebei nur der Gesichtspunkt, für die in Rede stehende Affection eine einheitliche Auffassung anzustreben, und für die, wenngleich schon zum Theil eingebürgerten aber gewiss fehlerhaften Benennungen eine solche vorzuschlagen, die weder histologisch noch klinisch als unrichtig angesehen werden dürfte, was von den bisher gebräuchlichen entschieden behauptet werden kann.

Wir wählen nämlich für die in Rede stehenden Affectionen mit Subsumirung aller als Psoriasis oder Ichthyosis mucosae oris et linguae bezeichneten idiopathischen Processe den Namen Leucoplakia buccalis und verstehen darunter eine fast ausschliesslich auf der Mundhöhlen- und Zungenschleimhaut, nur sehr selten auf jener der weiblichen Genitalien vorkommende exquisit chronische, idiopathische Erkrankung, welche als örtliches Uebel erscheint, mit anderweitigen Krankheitszuständen des Organismus in keinerlei nachweisbarem Zusammenhange steht, demnach in ihrem Auftreten und Verlauf den Typus einer Localaffection bildet, und nur in ihrem schliesslichen Ausgange mitunter den Gesammtorganismus zu beeinflussen vermag. Die Erkrankung tritt in zweifacher Form auf:

1. In Gestalt einzelner bläulich- oder grauweisser, fast silberweisser, von der umgebenden gesunden Schleimhaut scharf umgrenzter Flecken (Zunge), oder unregelmässiger, länglicher 1—2 Ctm. breiter, in ihrer Continuität oft unterbrochener Streifen (Wange), deren Oberfläche in einzelnen Fällen rauh und von der Unterlage etwas emporgehoben erscheint, mitunter jedoch auch ein glattes Aussehen darbietet.

2. In Gestalt ausgebreiteter, die Schleimhaut in grosser Ausdehnung verändernder, weisslicher Verfärbungen, die mitunter von scharfcontourirten rothen, von der gesunden Schleimhaut gebildeten Linien begrenzt werden, an einzelnen Stellen verdickt (Wange und Zunge), ja stellenweise wie verhornt erscheinen (Lippenroth).

Dies sind die allgemeinen und auffallenden Umwandlungen des Gewebes, denen sich noch die mit freiem Auge (makroskopisch) sichtbaren Veränderungen der Papillen anreihen. Letztere sind in der einen wie der anderen Form in gleicher Weise durch die Erkrankung alienirt, und erscheinen namentlich an der Zungenoberfläche als theils geschwellte Knötchen, die wie mattrothe Punkte aus der weissen Umgebung hervorragen, oder in Folge des Erkrankungsprocesses als weisslich opake, kleine, aneinandergereihte warzige Erhabenheiten sich erheben, oder schliesslich, in Folge totaler Absorption zu Grunde gegangen, an der erkrankten Oberfläche nicht mehr nachzuweisen sind.

Man könnte füglich beide Krankheitsformen als zwei Stadien ein und desselben pathologischen Vorganges bezeichnen, denn während die erste Form die Anfangs zur Beobachtung gelangende Erkrankung darstellt, bildet letztere die ausgebildete und entwickelte Form der Leucoplakie, ebenso erscheint das Verhalten der Papillen als eine dem jeweiligen Stadium der Krankheit entsprechende Veränderung.

Die Erkrankung der Zunge selbst tritt zumeist auf deren Oberfläche auf, wo selbe auch gewöhnlich den intensivsten Erkrankungsherd abgibt. Alle ähnlich aussehenden Veränderungen, welche blos an der Grenze oder auch hinter dem durch die Papillae vallatae gebildeten ∧förmigen Abschnitt der Zunge (Zungengrund) auftreten, sowie alle an der unteren Schleimhautfläche der Zunge erscheinenden Affectionen müssen, nachdem die Leucoplakie daselbst nicht in Erscheinung tritt, aus dem Bereihe dieser Krankheitsform ausgeschlossen werden.

Ein Gleiches gilt für etwaige geschwürige Erkrankungen der Schleimhaut der Mundhöhle, wo selbe immer erscheinen mögen, und sobald wir eine Ulceration welcher Art immer vor uns haben, ist die Bezeichnung Leucoplakia unstatthaft. Für die Wangen-

schleimhaut gilt die Bezeichnung in analoger Form auch nur für gewisse, von der Erkrankung betroffene Partien und wir können die Bezeichnung der Leucoplakie für jene Schleimhautpartien nicht gelten lassen, wo an den Uebergangsstellen derselben sowohl zur oberen als auch zu der unteren Zahnfleischgrenze etwaige weissliche, zumeist rasch vorübergehende Verfärbungen oder mit eitrigem oder schleimigem Beleg bedeckte Excoriationen sich vorfinden.

Die Lippen können nur, soweit das Roth derselben reicht, diesem chronischen Processe unterworfen werden, mit denselben pathologischen Charakteren, welche das Uebel an den übrigen Schleimhautflächen auszeichnet; alle über die Grenze derselben hinaus reichenden oder die Umgebung der Lippen befallenden Affectionen, die sich in der Cutis entwickeln und die Epidermis verändern, gehören anderweitigen Processen an und haben ihre bestimmten dermatologischen Bezeichnungen, die als Eczem, Psoriasis, Herpes, Pemphigus, etc. der Haut jedem Dermatologen bekannt sind.

Wenn wir das Bild der Leucoplakie noch genauer präcisiren wollten, müssen wir noch jener Localaffectionen gedenken, welche das entwickelte Bild begleiten, oder welche den weisslichen Verfärbungen vorangehen, es sind dies gewisse scharfumschriebene, von der umgebenden Schleimhaut sich durch ihre dunkelrothe Färbung abhebende, oft ihres Epithelüberzuges beraubte, doch zumeist nur von einer verdünnten Epithelschicht bedeckte und durch geschwellte Papillen ausgezeichnete Flecke.

Dieselben kommen im Beginne der Erkrankung zur Beobachtung, doch kann man so lang sie allein bestehen, die Bezeichnung der Leucoplakie nicht anwenden, insofern sie aber neben einer schon bestehenden und ausgebildeten pathologischen Veränderung die charakteristischen Stellen begleiten, sind sie nur als Vorläuferstadien weiterer Erkrankung anzusehen.

Geschichtliche Bemerkungen.

Es scheint, soweit man auf die Durchforschung der in der Literatur uns zu Gebote stehenden Angaben sich stützen kann, dass die Leucoplakia buccalis in der ältern Medicin kaum besonders

gewürdigt wurde, und nur eine aufmerksame und sorgfältige Durchsicht lehrt, dass man blos aus den ersten Decennien unseres Jahrhunderts einige für die Geschichte dieses Uebels nennenswerthe Angaben benützen kann,die bei der Darstellung anderer Krankheitsformen der Haut als sporadische Bemerkungen über Complicationen derselben eingeflochten erscheinen, wobei selbe mit und ohne bestimmte Bezeichnung angeführt werden. Selbst zu jener Zeit, als man durch systematische Klassificirungen alle Wissensgebiete und demgemäss auch die Specialfächer der Medicin zu vereinfachen strebte und mit mehr Sorgfalt sich dem Studium der einzelnen Doctrinen hingab, erscheint dieses Uebel kaum irgendwo erwähnt; und doch leidet es nicht den mindesten Zweifel, dass die abzuhandelnden Krankheitsformen in früheren Zeiten ebenso wie andere Schleimhauterkrankungen vorgekommen sind. Ein für die Begründung dieser Behauptung naheliegendes Beispiel liefert die Geschichte der Syphilis. Welcher vorurtheilsloser Forscher wird das Vorkommen dieser Seuche im Alterthume heute noch bezweifeln? Der Umstand jedoch, dass die Begriffe für die Wesenheit dieses Uebels, die Zusammengehörigkeit gewisser Symptomengruppen und andere hier nicht weiter aufzuzählende Momente bei dem tiefen Stande der wissenschaftlichen Medicin im Alterthum einer vorurtheilslosen Beurtheilung bislang nicht unterzogen werden konnten, lässt allein noch darüber Zweifel aufkommen, dass nebst anderen idiopathischen und symptomatischen Haut- und Schleimhauterkrankungen auch syphilitische Erkrankungen schon in den ältesten Zeiten bestanden haben sollten.

Der wissenschaftliche Streit, der demnach heute noch betreff der Syphilis im Alterthum geführt wird, ist lediglich ein Streit, der sich auf die Deutung gewisser Krankheitsschilderungen bezieht, und in einer wie in anderer Hinsicht auf subjectiver Auffassung beruht. Ein Gleiches ist es um ähnliche Fragen betreff des Alters manch anderer Krankheiten, und ohne uns hier über das Thema des autochthonen Entstehens einzelner Krankheitsformen in späteren Zeitaltern (Variola, Morbillen, Cholera, Diphtheritis u. s. w.) einzulassen, können wir doch die allgemeine Bemerkung nicht unterdrücken, dass trotz des Dunkels, welches betreff des Alters einzelner Erkrankungen besteht, für gewisse Uebel nur dadurch möglich wurde eine Identität in der Beschreibung der ältesten

(griechischen und römischen) als auch der aus den späteren Jahrhunderten stammenden Schriften mit der Krankheitsschilderung späterer Tage herauszufinden, als es auch gleichzeitig gelang, gewisse Analogien zwischen älterer Beschreibung und neuerer Beurtheilung festzustellen.

Wir wollen dem Gesagten zu Folge daher alle Angaben, welche zu Zweifeln über die Zulässigkeit derselben zu unserem Gegenstande Anlass bieten könnten, ganz ausser Acht lassen, und uns nur an jene Angaben halten, welche, frei von jeder Unklarheit, eine vielseitige Deutung schon an und für sich auszuschliessen vermögen. Wir halten diesen Vorgang für um so mehr geboten, als die Leucoplakia buccalis wegen ihrer äussern mannigfachen Aehnlichkeit mit syphilitischen Erkrankungen der Schleimhäute leicht in ihrer geschichtlichen Schilderung mit Darstellungen vermengt werden könnte, die sich auf eigentliche specifische Erkrankungen beziehen. Bekanntlich haben die hervorragendsten Schriftsteller, welche von der Syphilis ausführlicher handelten, und vom 16. Jahrhundert angefangen, wie Johannes de Vigo (1514), Nicolaus Massa (1532), Fracastorius (1546), Fernelius (1554), Fallopia (1564), bis in unsere Zeit hinein (Astruc (1736), Boerhave (1753), van Swieten (1777), Plenk (1793). Swediaur (1803), Wallace (1838), Cooper (1845), Desruelles (1848), Ricord (1852), Vidal (1853), Diday (1864), Sigmund (1862), Kaposi (1866), u. A. den Schleimhauterkrankungen die ihnen gebührende Würdigung schenkten, überall wo von den Affectionen derselben die Rede war, bloss deren syphilitische Charaktere vor Augen gehalten; und man würde mit der Annahme wohl kaum fehl gehen, dass hiebei wohl oft nicht syphilitische Erkrankungen in den Bereich der Darstellung gezogen wurden.

Die ersten ausschliesslich unseren Gegenstand betreffenden brauchbaren Angaben finden wir in den Werken und Schriften von Dermato- und Syphilidologen[1]), und es ist nöthig eine gewisse

---

[1]) Es ist auffallend, dass in älteren und neueren Lehrbüchern der speciellen Pathologie bei der Schilderung der Krankheiten der Zunge und des Verdauungstractes von diesen eigenthümlichen Affectionen nicht die Rede ist, trotzdem dass selbe beim Sprechen, Kauen u. s. w. Beschwerden veranlassen, die dem Bereiche der internen Medizin angehören. Van Swieten

Einheit in der nachfolgenden Darstellung festzuhalten und bei der Aneinanderreihung der geschichtlichen Mittheilungen nach einem bestimmten Principe vorzugehen. Wir werden demnach diesen Theil der Arbeit, den wir als zum Verständniss der Affection unumgänglich wichtig und einen integrirenden Bestandtheil derselben bildend betrachten, in nachfolgende drei Gruppen sondern, je nach dem wir das in Rede stehende Uebel in seiner eigentlichen Bedeutung von den Autoren gewürdigt finden.

I. Solche Beobachtungen, welche die Erkrankungsformen der Schleimhaut durch die gleichen Veränderungen zu Stande gekommen betrachten wie gewisse Hautleiden; die Schleimhauterkrankung ist demnach eine der Hauterkrankung gleichwerthige.

II. Darstellungen, welche die früher charakterisirten Erkrankungen der Zunge und Mundhöhlen-Schleimhaut nur als von Syphilis herrührend erscheinen lassen, und endlich.

III. Mittheilungen, welche sich auf die Leucoplakia (Psoriasis et Ichthyosis membran. mucosae oris) als auf eine idiopathische Erkrankung beziehen, ohne strenge Einheit des ätiologischen Moments.

ad I. Die bemerkenswerthesten und vielleicht auch die frühesten Angaben von Beobachtungen, bei denen die Schleimhaut zu gleicher Zeit mit der allgemeinen Decke von einer analog erscheinenden Erkrankung befallen wurde, rühren von französischen und englischen Dermatologen her. Alibert[1]) erwähnt bei der Schilderung der Ichthyosis, dass in einem Falle einer ausgebreiteten und die ganze

---

(Commentarii, Wirceburgii 1789. VII. pag. 449) spricht wohl von „Maculae albicantes oris" als einer bei Scorbutischen vorkommenden Veränderung der Schleimhaut, doch erwähnt er selber nirgends weiter als selbstständiger oder durch andere Momente bedingter Erkrankungen. Ebensowenig ist bei Cannstadt, Bamberger, Niemeyer, Oppolzer, Trousseau, Vogel (Ziemssen) u. A. dieses Uebel irgendwie erwähnt — wohl ein Zeichen, dass mit diesem Leiden behaftete Kranke mehr in das Beobachtungsterrain der Syphilidologie und Dermatologie gelangen, als in das der internen Medizin.

[1]) Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau. Paris 1818. II. p. 170 und Alibert's Monographie d. Dermatonosen, deutsch von Bloest. Leipzig 1837 pag. 480.

Haut bedeckenden Erkrankung, die Schleimhaut der Zunge und Lippen gleichzeitig in einer solchen Weise von diesem Uebel ergriffen ward, dass der betreffende Patient, den Mund kaum zu öffnen vermochte. (Cette éruption affreuse était devenue si générale, que les lèvres et la langue même n'en étaient point préservées et que la bouche pouvait à peine s'entreouvrir.) Rayer[1]) sah einen an Ichthyosis leidenden Kranken, bei welchem die Erkrankung der Zunge vollständig dem Uebel glich, das auf der Haut vorhanden war. (J'ai observé chez un homme d'ailleurs bien portant un développement morbide des papilles de la langue tout à fait analogue à celui qui caractérisent les ichthyosis cutanées locales). Es ist schade, dass weder Alibert noch Rayer die eigentliche Veränderung der Zunge näher beschrieben, so dass man über das Wesen der von diesen Beobachtern angeführten Erkrankung keinen Anhaltspunkt zu gewinnen vermag. Rayer[2]) spricht noch an anderer Stelle von bläulich schwarzen Verfärbungen der Zunge, welche nicht durch äussere Momente, wie nach Genuss mancher Speisen oder dem Gebrauch von Medicamenten veranlasst wird, und wo der Farbstoff in Gestalt kleiner schwarzer Punkte auf der Zungenoberfläche sich ablagert. (J'ai vu plusieurs exemples de coloration noire de la langue, ordinairement la matière colorante deposée sur les bords de cet organe en petits points rapprochés d'un noir bleuâtre s'étend sur la face supérieure de cet organe.

Samuel Plumbe[3]) gedenkt bei der Darstellung der Ichthyosis der Haut eines Falles, wo bei einem sonst gesunden Menschen eine Erkrankung der Zungenpapillen bestand, die mit der Fischschuppenerkrankung der Haut grosse Aehnlichkeit darbot. (I have observed also a morbid developpement of the papillae of the tongue in a man in all respects in very good health, which i regarded as precisely similar in its nature to local ichthyosis of the skin.) Dr. Church[4]) berichtet von einem Falle, in welchem bei einem

---

[1]) Traité théorique et pratique des maladies de la peau. Paris 1835. III. pag. 618.

[2]) l. c. p. 573.

[3]) Practical treatise on the diseases of the skin. London 1837 p. 514.

[4]) St. Bartholomews Hosp. Rep. Vol. I. in Clarke's Diseases of the tongue. London 1873 p. 101.

jungen Mädchen die linke Zungenhälfte „ichthyotisch" war, und bei welchem zu gleicher Zeit eine, der Zungenerkrankung ähnliche Veränderung und Hypertrophie der Hautpapillen (?) sich vorfand; doch zeigte sich die Haut des Nackens, der Schulter und Brust geschmeidiger und weicher als an den übrigen Körperstellen, und gerade an diesen Stellen war die Analogie von Schleimhaut und Hauterkrankung auffällig. (The whole of the mucous membran covering the inside oft the left cheek, the left half of the soft palate and tongue, was the seat of papilliform outgrowths which closely resembled those on the neck and in the axilla.) Die Section zeigte in diesem Falle ein Offenbleiben des Foramen ovale und eine auffällige Verengerung der Aorta descendens.

Während diese Autoren die Erkrankung der Zungen- und Mundschleimhaut mit der Ichthyosis cutis in Zusammenhang brachten, hatten andere Autoren dasselbe Verhalten bezüglich der Psoriasis cutis festzustellen versucht. So erwähnt Gibert[1]) bei der Schilderung der Psoriasis der Haut, dass dieses Leiden in seinen verschiedenen Abarten als Psoriasis labialis und ophthalmica von der Haut auch auf die Schleimhäute übergreifen kann, mit schmerzhaften Einrissen an den Lippen und den Augenwinkeln die von heftigem Jucken begleitet sind. (Dans cette variété ordinairement très rebelle, l'irritation s'étend assez souvent à la conjonctive dans le dernier cas, et à la muqueuse buccale dans le premier.) Viel kürzer als diese Andeutung Gibert's ist Wilson's[2]) Darstellung, welcher Erkrankungen der Zunge bei solchen Individuen beobachtete, die an Psoriasis der Haut litten, und deren Erkrankung er für analog hielt mit den an der allgemeinen Decke vorhandenen Veränderungen. Da Wilson jedoch die gangbare Bezeichnung Psoriasis in seiner heute gebrauchten allgemeinen Bedeutung nicht anerkennt, sondern dafür die Bezeichnung „Alphos" gewählt hat, so ist es selbstverständlich, dass er diese Art von Zungenübel als Alphos linguae bezeichnet, von dem er ferner behauptet, dass selbes mit der Hauterkrankung die gleichen Charaktere aufweist. (Alphos linguae is manifested by characters which belong to alphos of the skin, when the scale has been removed by a poultice.) Wilson ver-

---

[1]) Traité pratique des maladies de la peau. Paris 1860 p. 426.

[2]) Journal of cutaneous Medicine London 1868 p. 318.

steht unter dieser Schleimhauterkrankung weiche, rothe, theils glatte, theils durch die geschwellten Papillenspitzen leicht granulirte, von der Epithelschichte befreite, scharfbegrenzte Flecke. In drei von diesem Autor kurz erwähnten Fällen, welche er seiner knappen Schilderung zu Grunde legt, bestand neben dem Zungenleiden Alphos (Psoriasis) der allgemeinen Decke.

Guibout, ein neuerer französischer Dermatolog, dem die als Psoriasis der Mundschleimhaut in Frankreich seit nahezu einem Decennium eingeführte Krankheitsbezeichnung geläufig war, handelt von dieser Schleimhautaffection gleichzeitig mit der Erörterung der Psoriasis. Er betrachtet demnach die als „Psoriasis lingualis" angeführte Erkrankung als eine Varietät der Hauterkrankung und sagt von derselben in einer kurzen phrasenhaften Angabe eigentlich gar nichts [1]).

Ausser den hier angeführten Dermatologen haben sowohl ältere als jüngere Fachmänner von Bedeutung wie: Biett, Cazenave, Fuchs, Devergie, Gustav Simon und Neumann der in Rede stehenden Schleimhautaffection weder bei der Beschreibung der Ichthyosis noch bei jener von der Psoriasis kaum gedacht. Hebra [2]), der die Psoriasis der Haut als ein idiopathisches Uebel eigentlich begründete, anerkennt eine Psoriasis der Schleimhaut durchaus nicht, indem er im Verlaufe der Psoriasisbeschreibung Folgendes betont: „An den Schleimhäuten kommen keinerlei Veränderungen bei der Psoriasis vor"; — während er bei der Schilderung der Ichthyosis der Haut es gar nicht für nöthig erachtet, einer ähnlichen Bemerkung Raum zu schenken.

ad II. Es ist bekannt, dass in Folge constitutioneller Syphilis die Schleimhaut der Mundhöhle in verschiedenartiger Weise erkrankt. Diese Wahrnehmung, die schon älteren Aerzten bekannt war (wie oben), wurde erst langsam ein Gemeingut der medizini-

---

[1]) Ce triste privilége d'apporter une gêne incessante aux fonctions de l'organe envahi se retrouve chez le psoriasis lingual. Représentons nous ici la structure de la langue, sa charpente essentiellement musculaire, la muqueuse épaisse, adhérente et si délicatement sensible qui la revêt ..... et nous aurons une idée des troubles fonctionnels produits chez elle par cette carapace inextensible du psoriasis (!).

[2]) Lehrbuch der Hautkrankheiten II. Aufl. Erlangen 1874 I. p. 347.

schen Kenntnisse, und deshalb hatte man früher syphilitische Affectionen nicht immer als solche zu beurtheilen verstanden. Später hatte man wieder, in der diesbezüglichen Auffassung zu weit gehend, alle durch gewisse äussere Charaktere ausgezeichneten Schleimhauterkrankungen immer nur als durch Syphilis entstandene betrachtet. Diese Unsicherheit in der Beurtheilung gab sich schon früheren Specialärzten kund, und so kam es, dass die Nosologie der Schleimhautleiden zu verschiedenartigen Deutungen und Bezeichnungen führte, die für unser Thema gewissermassen als ergänzende Angaben nicht zu umgehen sind.

In erster Linie wichtig sind die von Hunter gemachten Beobachtungen, die gleichsam den Uebergang von den in der 1. Gruppe angeführten zu den nachfolgenden Angaben bilden. — Hunter[1]), der um die Syphilislehre so hochverdiente Forscher, der die verschiedenen syphilitischen Affectionen der Schleimhäute ziemlich ausführlich schilderte, sagt im Verlaufe derselben, dass man nicht alles für Syphilis halten darf, was auf den ersten Anschein für selbe imponirt, und äussert dies in folgenden zu beherzigenden Worten: „Toutefois aucun médecin ne doit être assez téméraire pour juger la nature d' une maladie d'après la seule inspection oculaire . . . . . s' il n' y a eu aucun symptome local antécédent dans un espace de temps suffisant, il doit suspendre son jugement et temporiser.“ — Hierauf erwähnt er solcher Erkrankungen der Schleimhaut, die man oft fälschlich für Syphilis hält und die sich erst nach fruchtloser Behandlung mit Mercurialien als nicht syphilitische Affectionen herausstellten. Hunter's Angaben werden durch einen Commentator seines Werkes über Syphilis, Babington, etwas genauer präcisirt, und hier finden wir eine Darstellung, die in ziemlich deutlicher Form auf jene Veränderungen sich bezieht, die man als zur Leucoplakie gehörig betrachten kann. „Une variété décrite très brèvement par John Hunter sous le nom d'éxcoriation ulcéreuse, se distingue par la coloration blanche opaque.“ Diese Verfärbung, die oft an geschwürigen, öfter jedoch an geschwürsfreien Stellen erscheint, veranlasst Röthe der Umgebung, Schwellung der Schleimhaut und

---

[1]) Traité de la maladie vénérienne par J. Hunter, traduit de l'anglais par Richelot avec des notes et additions par Ricord. Paris 1852 p. 617.

erscheint an verschiedenen Stellen der Mundhöhle, Zunge und Lippen (cette affection superficielle peut attaquer .... la langue, la face interne des joues et les commissures des lèvres). Der Umstand, dass Babington diese Schleimhautaffection als eine begleitende Erscheinung der Psoriasis cutis betrachtet [1]) und selbe von analogen Momenten ableitet, lässt wohl deutlich annehmen, dass dieser Beobachter damit eine mit der Syphilis manche Aehnlichkeit darbietende, doch durchaus nicht specifische Erkrankung zu schildern beabsichtigte. Die Annahme, dass dieses Leiden oft mit Syphilis sich vergesellschaftet, widerlegt B. durch die weitere Angabe, dass dies in der Minderzahl der Fälle vorkommt, in der weitaus grösseren Zahl derselben ist dies jedoch nicht wahrzunehmen, ja im Gegentheil, eine antisyphilitische Behandlung ist sogar geeignet eine Verschlimmerung dieser Schleimhautaffection hervorzurufen. B. empfiehlt dem entsprechend lieber die saure Beschaffenheit des Magensecretes zu neutralisiren, als gegen das vermeintliche syphilitische Virus einzuschreiten.

Eine genauere und noch eingehendere oder richtigere Beurtheilung finden wir bei den späteren Syphilidologen kaum wieder, was den Werth von Babington's Beobachtungsgabe nur erhöht; denn während Hunter und Babington bei genauer Kenntniss der syphilitischen Schleimhautaffectionen das Vorkommen differentieller Krankheitsformen ganz besonders hervorzuheben wussten, hatten spätere Aerzte derartige Unterschiede kaum aufzufinden vermocht.

Statt vieler Beispiele wollen wir nur irgend einen beliebigen Autor, etwa Wallace [2]), nebenbei einen der hervorragendsten eng-

---

[1]) „Cette affection accompagne très souvent le psoriasis de la peau, et l'on peut supposer avec raison, que la couleur blanche qui la caractérise particulièrement, est liée à une altération analogue à celle qui se manifeste à la surface du corps par l'épaississement de l'épiderme et sa desquamation" (l. c. p. 419) und weiter: „On doit reconnaître que, dans la majorité des cas cette affection n'est point vénérienne, que très souvent le mercure l'aggrave au lieu de la guérir."

[2]) Ueber die Natur der Syphilis und über die richtige Würdigung der verschiedenen Formen derselben. Vorgelesen 1836 im Hospital für Hautkrankheiten in Dublin. — Behrend, Syphilidologie I. Theil. Leipzig 1839 pag. 179.

lischen Specialisten nach Hunter, hören. W. hat in der Lehre von der Syphilis vom J. 1817—1837 eine derartige Fülle von richtigen Beobachtungen und Erfahrungen gesammelt, dass man viele derselben in gewisser Beziehung als für unsere Kenntnisse noch vollkommen entsprechende betrachten muss. Ein Schüler und Nachfolger Bateman's und anderer ausgezeichneter englischer Aerzte, gelang es ihm viele werthvolle wissenschaftliche Angaben festzustellen, die trotz mehrfacher und anhaltender Angriffe späterer Forscher ihre Richtigkeit bis auf den heutigen Tag vollständig bewährten; so die Eintheilung der durch die Syphilis gesetzten verschiedenen Hauterkrankungen, die sichere Begründung der Lehre von der Uebertragbarkeit der secundären Syphilis u. s. w. Wallace hatte in viel exacterer Form als Hunter die durch die Syphilis gesetzten Schleimhauterkrankungen erörtert und den gemeinsamen Charakter betont, welcher der gesammten zusammengehörigen Gruppe der erkrankten Lippen-, Zungen-, Wangenschleimhaut u. s. w. zukommt, und von selben angegeben, dass die an genannten Stellen vorkommende Affection sich fast immer durch eine „eigenthümliche weisse Farbe charakterisirt und so aussieht, als wäre mit Höllenstein darüber gefahren, oder als wäre sie mit Rahm bestrichen worden.“ Trotzdem W. die Schleimhautaffectionen in allen Details genau schildert [1]), ihre Entwicklung und ihren Verlauf in klinischer Weise darstellt, übergeht er dennoch solche Krankheitsformen, welche bei voller Analogie mit syphilitischen Erkrankungen auf Zufälle nicht specifischer Natur sich beziehen, und während er hervorhebt, „dass die exanthem. Form oftmals übersehen oder ganz und gar nicht für verdächtig gehalten wird“ übersieht er die gegentheiligen Irrthümer gänzlich. Gerade diese letztern Angaben könnten zum Beweise dienen, dass oft Affectionen der Mundschleimhaut ihrer wahren Natur entgegen für specifisch gehalten wurden. Ein Gleiches finden wir in den im Allgemeinen ziemlich ausführlichen Schilderungen der syphilitischen Schleimhauterkrankungen von Acton[2]), Ducros[3]),

---

[1]) Syphilidol. v. Behrend II. Th. Leipzig 1840 p. 202.

[2]) ibidem III. Th. 1841 p. 566.

[3]) Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies syphil. Paris 1841 und Behrend, Syphil. Leipzig 1841. IV. Th. p. 512.

Desruelles[1]) u. A., welche fast ausnahmslos von Flecken und Geschwüren an den Schleimhäuten sprechen und andere ähnlich aussehende Affectionen, die nicht syphilitischer Natur sind, ganz übergehen.

Der Erste, welcher an die Bezeichnung „Psoriasis" bei syphilitischer Erkrankung der Schleimhäute dachte, ohne selbe jedoch in Anwendung zu bringen, war Baumès[2]), der auch die Analogie der Schleimhauterkrankungen mit jenen der allgemeinen Decke zuerst besonders hervorhob. Baumès nimmt fünf verschiedene Arten der Schleimhautaffectionen an, von denen die zweite folgendermassen beschrieben wird. „Eine Form entspricht dem Schuppensyphilid (Psoriasis), denn wenn auch in der Mundschleimhaut nicht eigentlich Schuppen vorkommen können, so zeigt sich doch insoferne eine Analogie, dass sich hier runde Flecke mit Erhöhung, Anschwellung und Röthe der Schleimhaut bilden, und dass namentlich im Centrum dieser Flecken das Epithelium weisslich und gerissen erscheint. Diese Affection kann an zahlreichen Stellen vorkommen, namentlich der inneren Fläche der Lippen und Wangen und auf der Zunge." — Noch deutlicher und in Bezug auf die Darstellung selbst viel genauer, ist die Angabe von Herbert Mayo[3]), Chirurg am Middlesex-Hospital in London. Bei der Schilderung des Psoriasis syphilitica äussert sich dieser Autor folgendermassen: „die syphilitische Excoration der Schleimhaut der Rachenhöhle beruht auf der Verbreitung der Psoriasis über diese Partien. Einige Schleimhautstellen werden entzündet, bedecken sich mit einem Lager dicken weissen Epitheliums. An der inneren Fläche der Lippen hat der Fleck gewöhnlich die Grösse eines Pfennigs, auf dem Zungenrücken tritt die Affection mit umgebender Verhärtung und rissigem Aussehen auf. Die Erkrankung begleitet im höheren oder geringeren Grade constant die Psoriasis (syphil.)." — Vidal[4]) hat die Auffassung Baumès vollkommen adoptirt, und dieser wie spätere Aerzte sind gleich Ducros und

---

[1]) ibidem VI. Th. p. 139.

[2]) Précis théorique et pratique sur les maladies vénériennes etc. Lyon 1841 cfr. Behrend, Syphilid. IV. Th. p. 510 ff.

[3]) Treatise on Syphil. London 1840. Behrend, Syphil. Leipzig 1845. VI. Th. p. 243.

[4]) Traité des maladies vénériennes. Paris 1859. p. 438.

Mayo bei der Annahme geblieben, dass gewisse durch rothe und weisse Flecken und Epithelauflagerung charakterisirte syphilitische Veränderungen der Mundschleimhaut mit dem squamösen Hautsyphilid ein und denselben Vorgang bilden, denen auch eine gleiche Beurtheilung zukommt. Doch während man die Aehnlichkeit der Erkrankungsformen auf Haut und Schleimhaut nur gleichsam vorübergehend herausfand, und die dem Schuppensyphilide ähnliche Affection der Schleimhaut mit keiner bestimmten Bezeichnung belegte, hat die Wiener Schule dies zuerst gethan. Sigmund [1]) äussert sich in dieser Beziehung wie folgt: „In einigen Fällen (von Syphilis der Mundhöhle) ist die Röthung der Schleimhaut weniger entwickelt, dafür entsprechend der Papelbildung in der Haut ein Infiltrat an einer mehr weniger wunden Stelle der Schleimhaut vorhanden, über welcher das Epithel milchig getrübt, entweder noch vorhanden ist oder stellenweise fehlt. An der Zunge bemerkt man einige für den Tastsinn deutlich wahrnehmbare harte Infiltrationen, welche sich von der Umgebung als milchige, glatte, ihres sammtartigen Epithels beraubte Flecke strenge abgrenzen. Die umschriebenen und unregelmässigen Epithelverluste an der Zunge, wobei die Zungenfläche weder exulcerirt ist, noch jene beschriebenen Infiltrate zeigt, geben der Zunge ein eigenes Aussehen, das am besten mit dem Namen Psoriasis linguae bezeichnet werden könnte, da die Haupterscheinung hier wie dort (wahrscheinlich der Haut?) das Abschuppen ist."

Kaposi hat diese Bezeichnung nicht nur vollständig acceptirt, sondern auch insofern erweitert, als er sowohl die an der Zungenschleimhaut, als auch die auf dem Epithelüberzug der Mundhöhle vorkommenden syphilitischen Affectionen unter den Begriff der Psoriasis zusammenfasste und als Psoriasis mucosae oris et linguae beschrieb. K. bemühte sich in einer vor mehreren Jahren erschienenen, sehr lesenswerthen Monographie [2]), sowie auch in seinem späteren grossen Bilderwerke [3]) dieser Auffassung allgemeinen Eingang zu verschaffen, indem er diese Schleimhautaffection als

---

[1]) Aerztlicher Bericht aus dem allg. Krankenhause. Wien 1863. p. 126.

[2]) Die Syphilis der Schleimhaut der Mund-, Rachen-, Nasen- u. Kehlkopfhöhle. Erlangen 1866. p. 83 ff.

[3]) Die Syphilis der Haut u. angrenzend. Schleimhäute s. Atlas Wien 1874 III. Lief. p. 173.

„ausschliessliche Production der Syphilis" darstellt, die „mehr als alle übrigen, wie immer gearteten syphilitischen Krankheitsvorgänge, der gleichbenannten Affection der allgemeinen Decke, der Psoriasis vulgaris" entsprechen. Während wir noch später auf die von K. betonte histologische Analogie beider Processe zurückkommen werden, können wir die Bemerkung nicht unterlassen, dass, während Baumès und Mayo die angeblich schuppigen syphilitischen Schleimhautaffectionen mit der syphilitischen Psoriasis in Analogie brachten, Kaposi die Analogie nachdrücklich bloss auf die Psoriasis vulgaris bezogen wissen will. Weiters müssen wir noch hervorheben, dass K. die Bezeichnung Psoriasis auch für jene Krankheitsfälle festhält, aus denen sich bösartige Wucherungen (Carcinome) zu entwickeln pflegen[1]. Indem dieser Autor hiemit die Behauptung aufstellt, dass die Carcinome aus syphilitischen Processen sich entwickeln können, erörtert er hiemit ein Moment, welches mit dem Verhalten der Leucoplakia buccalis grosse Aehnlichkeit aufweist. Die von Sigmund und Kaposi in Anwendung gezogenen Bezeichungen scheinen jedoch in den seither erschienenen Fachwerken keine allgemeine Berücksichtigung gefunden zu haben, da in den Werken von M. A. Cullerier, Geigel, Zeissl, Müller, Lancereaux, Fournier, van Buren, Keyes u. A. die älteren für die in Rede stehenden Uebel gebrauchten Bezeichnungen wie: Plaques opalines, Plaques muqueuses, Végétations, Aphthes vénériennes, Schleimhautpapeln zu finden sind, bloss O. Weber[2], Bäumler[3] und Em. Kohn[4] gedenken derselben in dem von den Wiener Aerzten gebrauchten Sinne.

ad III. Die zur nachfolgenden Gruppe gehörenden Angaben beziehen sich fast ausnahmslos auf jene Mittheilungen, welche von der abzuhandelnden Affection als von einer rein idiopathischen

---

[1] A. a. O. p. 187.

[2] „Es gibt eine syphilitische Psoriasis der Zunge, die in geschwürige Formen übergehen kann, und der Psoriasis an Händen und Füssen durchaus analog ist." — Handb. d. allg. u. spec. Chirurgie von Pitha u. Billroth. Erlangen 1866. II. Bd. 1. Abth. 2. Lief. p. 319.

[3] Ziemssen, specielle Pathologie und Therapie. Leipzig 1874. III. Band pag. 135.

[4] Die Syphilis während der Periode ihrer Initial- und Frühformen, deutsch nach Fournier's Leçons. Wien 1875. p. 160.

Erkrankung handeln. Da jedoch französische Beobachter, die das Leiden in ihrer Richtigkeit erkannten, die althergebrachte Krasenlehre bezüglich der dermatologischen Erkrankungen und der dem Kreise derselben zugetheilten Schleimhautleiden bisher nicht zu überwinden vermochten, so kann die Einheit der Darstellung in den nachfolgenden Angaben nicht strenge durchgeführt erscheinen. Während wir bei den in der 2. Gruppe namhaft gemachten Autoren den Begriff der Psoriaris für eine syphilitische Affection als die zumeist entsprechende angegeben finden, werden wir nun die Bezeichnung Psoriasis und Ichthyosis in ganz verschiedenem Sinne angewendet finden. Diese Gleichartigkeit der Benennung, die sich auf eine spontane Weise in der dermatologischen Literatur eingebürgert hatte, bildet bis heute einen nicht genug zu rügenden Uebelstand, der in der Nosologie der Erkrankungen je nach der Auffassung einzelner Autoren, die Unklarheit der Begriffe zu vermehren diente. Die Aetiologie der Leucoplakia wird über diese Ungenauigkeit manchen Aufschluss geben, weshalb wir vorläufig nur diese Andeutung voranzuschicken für zweckmässig erachteten.

Ein deutscher Arzt, Möller[1]), hat schon vor einer Reihe von Jahren die Erkrankungen der Zunge zum Gegenstande einer besonderen Darstellung gewählt und dieselben in dreierlei Formen geschildert. Von einer derselben, den chronischen Excoriationen, sagt er, dass sich mitunter an der Oberfläche scharf umschriebene rothe Flecken entwickeln; das Epithel ist an denselben stark verdünnt oder fehlend, die Papillen sind hyperämisch geschwellt und verdickt und ragen aus der umgebenden Oberfläche hervor. Aus diesen Flecken entwickeln sich nie dicke Verschwärungen, doch pflegen sich selbe auch nicht in der Fläche auszubreiten, sondern verbleiben in ihrer ursprünglichen Grösse und Configuration, die Flecke kommen an der Spitze und den Rändern der Zunge vor, wodurch die Bewegungen derselben schmerzhaft werden. M. sah dieses Leiden in 6 Fällen, es war jedesmal langwierig und wollte trotz mehrfach angewandter Medication nicht schwinden. Henoch[2]) sah bei gewissen Erkrankungen

[1]) Klinische Bemerkungen über einige weniger bekannte Krankheiten der Zunge. Deutsche Klinik 1851 Nr. 26 p. 273.

[2]) Supplementband zu Cannstadt's spec. Pathologie und Therapie. Erlangen 1854 p. 497.

der Zunge eine derartige Steigerung der Empfindlichkeit, dass dadurch die Bewegungen derselben bedeutend beeinträchtigt waren. „Bei der Untersuchung findet man die Zunge entweder ganz normal, so dass man es mit einer einfachen Hyperästhesie derselben zu thun hat, oder weit häufiger mit seichten, oberflächlichen, rothen Excoriationen in der Regel mit stärkerem Hervortreten der gerötheten Papillen.“

Die beiden Beobachter Möller uud Henoch haben diesen Angaben zufolge ihre Erfahrungen über ein ihnen fremd erscheinendes, und ohne bestimmte Bezeichnung näher charakterisirtes Zungenleiden mitgetheilt. Dem entgegen hatte bald darauf Ullmann [1]) eine ähnliche Beobachtung veröffentlicht, die er gewisser auffallender Veränderungen wegen mit dem Namen Tylosis belegte. Die Erkrankung betraf einen 65jährigen Mann, bei dem in langsamer Entwicklung ein Zungenleiden entstand, das dadurch sich kundgab, dass an der oberen Zungenfläche mehr weniger weisse in die Schleimhaut eingelagerte und von weisslich gefärbten Stellen begrenzte Schuppen sich bildeten. An einer umschriebenen, vom Epithel entblössten Stelle war das Papillarstratum von einem $^1/_2$''' erhabenen Walle umgeben, welcher der hypertrophischen Hornschichte der äusseren Haut glich (Tyloma).

Buzenet [2]) hat in einer den Schanker des Mundes behandelnden Monographie zwei Beobachtungen mitgetheilt, bei denen Erkrankungen der Schleimhaut vorhanden waren, die sowohl in Bezug auf ihren Verlauf, als das nachweisbare ätiologische Moment (anhaltendes Tabakrauchen) ohne jegliche vorhergehende syphilitische Erkrankung sich entwickelten. Von dem einen Falle sagt er: „la muqueuse buccale présente dans l'étendue de deux centimètres environ un aspect tout à fait extraordinaire, elle est de couleur blanche, sa surface un peu élevée offre un certain degrés de résistence.“ In dem 2. Falle aus der Beobachtung Fournier's heisst es von der Zunge: „la langue semble recouverte d'une couenne blanche, sorte de pseudo-membrane adhérente.“ Da beide Patienten starke Tabakraucher waren, so leitete B. die Veränderung der Schleimhaut, gleichwie Ullmann, von dem Ein-

---

[1]) Bayerisches ärztliches Intelligenzblatt 1858.

[2]) Le chancre de la bouche. Thèse inaugurale. Paris 1858.

fluss des Tabaks ab, und ersterer bezeichnete deshalb auch diese Erkrankung als Plaques des fumeurs.

Einige Zeit darauf hatte Neligan [1]) eine Mittheilung veröffentlicht, die sich bei Gelegenheit der Untersuchung eines Individuums zum Zwecke einer Lebensversicherung darbot. Die krankhafte Veränderung betraf die ganze Zunge und die Innenfläche der Wange eines 46 Jahre alten Mannes (the dense covering had nearly overspread the whole tongue extending also to the inside of the cheeks). Wir kommen auf diesen Fall noch später zu sprechen.

Von der Mitte der 60er Jahre an haben sich die früher nur vereinzelt mitgetheilten Beobachtungen, über deren Wesenheit die beobachtenden Aerzte selbst in grosser Unklarheit waren, auffallend vermehrt, und es ist das Verdienst englischer und französischer Autoren dieser Krankheitsform ihre besondere Aufmerksamkeit geschenkt und sich grösstentheils klinisch mit dem Wesen dieses Uebels befasst zu haben.

Wir können wohl die englischen Aerzte als die ersten und aufmerksameren Beobachter anführen, welche fast durchgehends für das in Rede stehende Leiden, dem sie zumeist als Zungen- und weniger als Schleimhauterkrankung der Mundhöhle ihre Aufmerksamkeit geschenkt hatten, die Bezeichnung der Ichthyosis linguae gewählt hatten, entsprechend dem Vorgange Plumbe's (v. oben), der die Ichthyosis der Haut mit der Schuppenbildung auf der Zunge für identisch hielt, so dass diese Bezeichnung in England jetzt fast die allein gangbare ist.

Hulke [2]) war einer der eifrigsten und frühesten Forscher, der die Pathologie dieses Uebels festzustellen versucht hatte, und der den eigentlichen Grund zur Entwicklung derselben in einer Hypertrophie der Papillen und Verdickung der Schleimschichte zu finden glaubte. Diese Angabe fand nahezu allgemeine Annahme

[1]) Notes on unusual abnormal condition of the mucous membran of the tongue and cheeks, in connexion with life assurance. Dublin quart. Journ. of med. Science. August 1862.

[2]) Medic. Times and Gazette Novemb. 1861 u. 1864; Transactions of the clinical society of London 1869 II.; Med. Times and Gaz. 1873 Febr.

und Paget [1]), Henri Morris [2]), Fairlie Clarke [3]), Tilbury Fox [4]), Drysdale [5]), Acton [6]) u. A. haben theils ihre diesbezüglichen Beobachtungen in einzelnen Aufsätzen mitgetheilt, theils bei Gelegenheit eingehender dieses Thema betreffender Debatten in wissenschaftlichen Körperschaften [7]) die Natur und das Wesen dieses Uebels behandelt. Eines der wesentlichsten Momente, auf welche die Aufmerksamkeit der meisten englischen Forscher gerichtet war, betraf den schliesslichen Ausgang dieser eigenthümlichen Erkrankung, der sich als Uebergang der Schleimhautaffection in eine bösartige (epitheliomatöse) Krankheitsform manifestirte. Andere Beobachter hatten wieder mit Recht darauf aufmerksam gemacht dass die Ichthyosis linguae nicht immer zur Entstehung von Epitheliomen führen müsse, sondern dass sich auch andere weniger bösartige Neubildungen aus den Epithelialwucherungen der Mucosa entwickeln können, namentlich papillomatöse Bildungen, wie dies die Erfahrungen vou Marshall, Morris und Birkett [8]) lehrten.

Sowie die englischen, so hatten auch die französischen Aerzte fast unabhängig von ihren Collegen jenseits des Kanals die fragliche Schleimhautaffection der Mundhöhle aufmerksam und eifrig verfolgt und seit nahezu einem Decennium den selbstständigen Charakter derselben besonders betont. Die Schilderungen der französischen Autoren haben für uns insofern eine gewisse Bedeutung, weil die bei selben übliche Bezeichnung Psoriasis mit

---

[1]) The origine of cancer etc. London 1872 cfr. Schmidt's Jahrb. 1874 I. p. 76.

[2]) Brit. med. Journ. 1874, 21. Febr. und 14. März.

[3]) Treatise on the diseases of the tongue. London 1875 u. Brit. med. Journ. 1874, 28. März.

[4]) So called Ichthyosis linguae etc. Brit. med. Journ. 1874.

[5]) Ebendaselbst.

[6]) Brit. med. Journ. 1874, 14. März. Acton hat sich auch darüber geäussert, dass er innerhalb 30 Jahre das Uebel wohl häufig beobachtet hatte, dass er aber selbes zumeist für syphilitischer Natur (!) gehalten, wenn gleich locale Momente nichtsyphilitischer Natur zum Anstoss der Krankheit gedient hatten.

[7]) Royal med. and chirurg. society. The Lancet 1874, 14. März und neuestens Clinical Society of London in The Lancet 1877, 31. März.

[8]) Med. Times and Gaz. 1875, 17. April.

der von der Wiener Schule gebrauchten identisch ist, während die Begriffe für die Erkrankung selbst sich als ganz different darstellen. Was die Wiener Schule für ein Uebel syphilitischer Natur zu bezeichnen liebt, das gilt den Franzosen keineswegs als eine rein syphilitische Erkrankung; selbe wird oft für eine idiopathische, durch locale Momente verursachte, mitunter wieder für eine Affection rheumatischen, gichtischen oder dartrösen Ursprunges gehalten. Hie und da wird auch eine specielle constitutionelle Ursache, namentlich Syphilis als Causalmoment angegeben, doch eine strenge Trennung oder Sonderung der als Psoriasis bezeichneten Fälle in Rücksicht auf ihr ätiologisches Moment findet man nicht eingehalten. Zur besseren Orientirung wollen wir noch hinzufügen, dass überall, wo die englischen Autoren von Ichthyosis der Mundhöhlenschleimhaut sprechen, dieselbe Affection von den Franzosen Psoriasis buccalis v. lingualis genannt wird. Der Erste, der diese Bezeichnung im angegebenen Sinne gebrauchte, war Bazin[1]), der das Schleimhautleiden zuerst als eine Abart der Psoriasis arthritique (!) der Haut betrachtete und von demselben Folgendes sagt[2]): A coté du psoriasis arthritique nous plaçons une affection squameuse de la muqueuse buccale, que nous signalons sous le nom de „psoriasis buccal.“ Von der Erkrankung selbst sagt Bazin: dass sie auf der Innenseite der Wangen, der Lippen und der Zunge vorkomme, durch kleine weissliche Häutchen (pellicules blanchâtres) gebildet werde, die oft zu länglichen Streifen sich aneinanderreihen u. s. w. Das Uebel ist sehr hartnäckig und besteht oft Jahre hindurch ohne wesentliche Veränderungen zu erzeugen. In dem von Bazin angegebenen Sinne haben sodann andere Autoren, wie Baudot[3]), Dechambre[4]),

[1]) Der Grund, warum wir Bazin's Angaben nicht der Gruppe I anreihen, ist der, dass B., der ursprünglich die Psoriasis der Haut und der Schleimhaut für analoge Processe hielt, diese seine Annahmen nicht in consequenter Weise festhält; während er früher die Identität beider Uebel betonte, hat er später dieses Moment wieder ausser Acht gelassen, und selbes sowohl mit Ekzem und Akne, als mit squamöser und papulöser Syphilis der Haut in Connex gebracht.

[2]) Leçons cliniques et théor. sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse. Paris 1868, p. 272.

[3]) Traité des affections de la peau. Paris 1869, p. 287.

[4]) Dictionn. encyclopéd. des sciences méd. Paris 1869, Artikel „Langue“.

Debove[1]), Mauriac[2]), Trélat[3]), Verneuil[4]), Terillon[5]), u. A. theils durch Veröffentlichung von Krankheitsfällen, theils bei Gelegenheit wissenschaftlicher Discussionen über dieses Thema (Société de Chirurgie) sich geäussert, so dass heutzutage sowohl in Frankreich wie in England diese Krankheitsform in ärztlichen Kreisen als eine nicht seltene Affection bekannt ist. Nicht so in Deutschland.

Während, wie angegeben, deutsche Aerzte, wie Möller, Henoch und Ullmann schon vor zwanzig Jahren auf eigenthümliche bisher nicht bekannte oder beschriebene Zungenaffectionen aufmerksam machten, hatte man diesen kurzen Angaben keine weitere Beachtung geschenkt und ausser Weber's flüchtiger Bemerkung, die sich jedoch auch nur auf syphilitische Formen bezieht, erschien diese Affection unberücksichtigt. Erst in letzter Zeit wurde unter der Aegide Billroth's [6]) eine Arbeit veröffentlicht, die das Verhalten der Psoriasis, der Mundschleimhaut zum Carcinom erforschte und die in histologischer Beziehung die bisher bekannten Mittheilungen an Specialdetails übertrifft. Erwähnung verdient unter anderen die Aeusserung Billroth's, dass derselbe trotz seiner reichen chirurgischen Erfahrungen an Orten früherer Wirksamkeit bisher dieses Uebel kaum gesehen und dass Oesterreich und seine Nachbarländer ein auffallend reiches Beobachtungsmaterial bezüglich dieser Krankheitsobjecte aufzuweisen scheinen. Diese Behauptung in ihrer Allgemeinheit hingestellt hat, was die literarischen Befunde über diesses Uebel betrifft, ihre volle Berechtigung; das möchten wir jedoch bestreiten, als ob, was die Seltenheit der Erkrankung anlangt, das Uebel erst als ein neueres

---

[1]) Le psor. bucc. Paris 1873.

[2]) Du psor. de la langue et de la muqueuse buccale. Paris 1875.

[3]) Rapports entre le psor. et l'épithéliome de la langue. Bulletin de la société de Chirurg. 1875, 8. Decemb.

[4]) Epithel. de la langue succédant au Psor. lingual. Tribune médicale 1876, p. 400.

[5]) Psoriasis de la langue avec rétrécissement de l'oesophage. Tribune médic. 1876, p. 520.

[6]) Ueber die Psoriasis der Zunge und Mundschleimhaut und deren Verhältnisse zum Carcinom von Dr. Nedopil, Assistenzarzt an Prof. Billroth's Klinik. Archiv f. klin. Chirurg. Berlin 1876. XX. Bd. II. Hft.

zu betrachten sei und ob nicht andere Momente als gerade die geographisch so beschränkt erscheinende Beobachtungszone für die mangelhafte Beurtheilung massgebend gewesen sein dürften.

Die Unkenntniss des Uebels hat gewiss auch manche fremdartige Bezeichnung veranlasst. Wir haben derselben gedacht, die collectiv in Anwendung kamen — es gibt aber auch solche, die gar keine eigentliche Beachtung gefunden haben. So hat z. B. Schuh[1]), bekanntlich Billroth's Vorgänger an der chirurgischen Klinik zu Wien, eine Affection der Schleimhaut der Backe, der Lippen, ja selbst des weichen Gaumens in Form von 2—3''' breiten, 1—4''' vorragenden, weissen, „gekrümmten Wülsten“ beschrieben die er in wenigen Fällen gesehen und die er nicht abgeneigt war für Epithelialwucherungen zu halten. Aehnliche Angaben dürften unter verschiedenen Namen noch mehrere in der Literatur sich vorfinden.

Ueber die Häufigkeit der Leucoplakia buccalis.

Bei dem heutigen Stande der Kenntniss der in Rede stehenden Erkrankung fehlt uns jeder Anhaltspunkt, das Vorkommen der Leucoplakie in Bezug auf ihr mehr oder weniger häufiges Auftreten zu erforschen. Bedenkt man, dass idiopathische Veränderungen an den verschiedenen Partien der Schleimhäute, die keinerlei Combination mit Erkrankungen der Haut oder chirurgischen Erkrankungen eingegangen sind, im Allgemeinen nach ihrer Dignität nicht immer entsprechend beurtheilt werden und dass man nur zu oft geneigt ist, ein an gewissen Localitäten erscheinendes Uebel als Theil einer Gesammterkrankung zu betrachten und letztere mehr als erstere zu berücksichtigen, so ist hiermit eine der häufigsten Fehlerquellen in Bezug auf die richtige Beurtheilung solcher Erkrankungen gegeben, welche der Leucoplakie angehören. Die Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle sind nun solche Uebel, welche falls über deren Charakter keine besonderen Anhaltspunkte zu Gebote stehen, sehr oft und sehr leicht als syphilitische Erkrankungen betrachtet werden und hiemit ist ein Umstand gekennzeichnet, der die Kenntniss der Leucoplakie in nicht

[1]) Pathologie u. Therapie d. Pseudoplasmen. Wien 1854, p. 64.

geringem Masse zu erschweren geeignet ist. Dieses Moment ist fast allen Beobachtern aufgefallen und der Natur der Sache nach auch sehr leicht erklärlich, da das Auftreten der idiopathischen im Vergleiche zu syphilitischen Schleimhautleiden als ein viel selteneres bezeichnet werden muss.

Wenn wir aber von der Häufigkeitsscala, in welcher dieses Uebel zu beobachten ist, sprechen, so handelt es sich blos um ganz reine, jeden Zweifel über deren Echtheit ausschliessende Fälle und wir werden demnach trotz der verschiedenen und gebräuchlichen Nomenclaturen solche Fälle zu berücksichtigen haben, die nur als idiopathische Uebel beschrieben und veröffentlicht wurden. Von den im vorigen Abschnitte angeführten, vereinzelt erscheinenden Beobachtungen Alibert's, Rayer's, Plumbe's und zum Theile auch Babington's können wir hier nicht weiter sprechen, selbe waren gleichsam als seltene Specimina angeführt und es handelte sich bei diesen Autoren nur darum, zu constatiren, dass man mitunter Schleimhauterkrankungen findet, die mit der Erkrankung der äusseren Haut volle Identität zeigen, und dass demnach beide Erkrankungsformen als durch ein und dasselbe ätiologische Verhalten entstanden sind. Bazin, der eigentliche Begründer der Psoriasisbezeichnung in dem früher angeführten Sinne, dürfte wohl ziemlich häufig in der Lage gewesen sein, dieses Uebel zu beobachten, doch hat er selbst keine statistischen Daten darüber gesammelt und die von seinen Schülern veröffentlichten Krankengeschichten enthalten sowohl Fälle, die als Folgeübel von Syphilis sich manifestirten, als auch rein idiopathische Formen. Debove[1]) hat unter 24 Krankengeschichten, die in französischen Spitälern zur Beobachtung kamen (darunter Fälle von Bazin, Hillairet, Verneuil, Buzenet u. A.) selbst nur einen einzigen Krankheitsfall zu verfolgen Gelegenheit gehabt. James Paget[2]) sah mit Einschluss einiger Fälle von Hulke im Ganzen 6 von Ichthyosis linguae, bei welchen durchwegs aus chronischen „unschuldigen, homologen Epithelial- und Papillarwucherungen der Zunge“ Epitheliome sich entwickelten. Clarke[3]), der sich ein-

---

[1]) Le psoriasis buccal. Paris 1873.

[2]) Meissner, über den Krebs. Schmidt's Jahrb. 1874. I. 76.

[3]) The Lancet 1874. I. 369.

gehend mit dem Gegenstande beschäftigte, spricht von 17 Fällen, von denen er einige selbst gesehen, während die anderen in das Beobachtungsgebiet fremder Aerzte fallen, die theils als mündliche, theils als durch Journalmittheilungen bekannte Beobachtungen in die genannte Zahl aufgenommen sind. Mauriac [1]) erzählt ausführlich 9 Krankengeschichten, die ihm im Laufe der Jahre untergekommen sind. Trélat [2]) sah im Ganzen 5 Fälle mit Erkrankung der Zunge und schliesslichem Ausgange in Krebs, und Nédopil [3]) hat 15 Fälle, zumeist aus der Klinik und Privatpraxis seines Lehrers Billroth entnommen, gesammelt, die zur Beleuchtung der vorgesteckten Frage genügendes Material zu bieten vermochten.

Alle diese zur Veröffentlichung gelangten Mittheilungen waren sowohl durch ihr klinisches Verhalten von Wichtigkeit, als auch dadurch, dass sie zur Erörterung gewisser Specialfragen Anlass boten. Der zur richtigen Würdigung dieser Affection bisher verstrichene Zeitraum ist ein viel zu kurzer, das vorhandene Material viel zu wenig gesichtet, um damit die Frage zu beantworten: wie verhält sich die Summe der zur Beobachtung gekommenen Fälle von Leucoplakie zur Zahl anderer Haut- oder Schleimhauterkrankungen. Es wäre wohl nicht uninteressant auch den Gegenstand nach dieser Richtung zu beleuchten, was bei seltenen Krankheitsformen von einer nicht zu unterschätzenden Wichtigkeit ist, um so mehr, da wir wissen, dass ein sehr häufiger Ausgang dieser Erkrankung zu bösartigen Formationen und lethalem Ende zu führen vermag.

Ich versuchte nun die Häufigkeitsfrage dieser Schleimhautaffection bei dem mir zu Gebote stehenden Materiale in der üblichen Weise zu lösen. Aus den nachstehend mitzutheilenden Fällen ist ersichtlich, dass ich die Leucoplakie im Verlauf von fast 9 Jahren 20 mal gesehen und da die Zahl der in dem gleichen Zeitraume zur Behandlung gelangten Haut- und Syphiliskranken die Summe von 5000 Fällen beträgt, so ist das Percentverhältniss der ersteren zu den letzte-

---

[1]) Du psor. de la langue et de la muqueuse buccale. Paris 1875.

[2]) Tribune médicale 1876, Nr. 418.

[3]) Archiv für Chirurg. 1876, p. 325.

ren Erkrankungen 4·0 pro mille oder 0·44% — jedenfalls ein Verhältniss, das deutlich genug die Seltenheit der Leucoplakie anschaulich zu machen vermag. Ich habe mich wohl gehütet, solche Fälle unter die obengenannte Zahl aufzunehmen, welche bei vorhandener oder erst kürzlich abgelaufener Syphilis die bekannten Schleimhautverfärbungen darbieten, oder Erkrankungen zu berücksichtigen, welche geringfügige kleinere weisse Plaques aufweisen, die dem Wesen der Leucoplakie nicht vollkommen entsprechen. Hieher gehören solche Fälle, die als unscheinbare, wenig ausgebreitete, flache Hypertrophien an der Wangenschleimhaut bestehen, oder solche die zumeist als geringfügige mattweisse Verfärbungen (Flecken) erscheinen. Der seit Jahren von mir verfolgte Gegenstand lehrte mich die Schleimhäute der Kranken fast constant einer Besichtigung zu unterziehen und so kamen mir sehr häufig Fälle zur Wahrnehmung, welche den angegebenen Zustand darboten, der durch locale Reize von abgebrochenen Zahnkronen, falschen Zähnen, häufigem Gebrauch von Mundstücken (Cigarrenspitzen) u. s. w. entstanden war und die bei längerer Beobachtungsdauer weiter keine Veränderungen darboten. Solche Fälle hingegen, die sich bei ähnlichen Momenten zur wahren Leucoplakie entwickelten, gehören selbstverständlich an die ihnen zukommende Stelle. Es wäre vielleicht richtiger, die Leucoplakie mit anderen Schleimhauterkrankungen gleicher Localität in statistischer Weise zusammenzustellen, doch wollte ich den Standpunkt festhalten, der dem des Dermato- oder Syphilidologen entspricht, da sich in dem Beobachtungsrayon desselben nicht nur ausgesprochene Haut-, sondern auch Schleimhauterkrankungen mannigfacher Form vorfinden.

Krankheitsfälle.

Bevor ich an eine eingehende Erörterung der Symptomatologie der Leucoplakie gehe, will ich nachstehend alle meiner Beobachtung unterstandenen diesbezüglichen Fälle in chronologischem Zusammenhange folgen lassen. Die objective casuistische Schilderung soll zum Ausgangspunkte der später folgenden Darstellung dienen, hoffentlich wird sie im Verein mit den zu den nennenswertheren Fällen nach der Natur aufgenommenen, chromolithogra-

phirten Tafeln die trockene Beschreibung des Gegenstandes in gewünschter Weise unterstützen.

I. Leucoplakia lingualis.

W. L. ein 46 Jahre alter Agent, kam am 4. März 1869 wegen eines Zungenleidens in meine Behandlung. Patient klagte über eine seit 4 Jahren andauernde Erkrankung, die sich als *aus weissen, glatten, scharf umschriebenen, ein wenig hervorragenden und beiläufig linsengrossen Epithelialwucherungen bestehende Veränderung darstellte*, die sich an der vorderen Partie der oberen Zungenfläche vorfand. Nebst den genannten Veränderungen zeigten sich noch einige von einer scheinbar verdünnten Epithelschichte bedeckte, weniger genau contourirte dunkelrothe Flecke, so dass die Zungenoberfläche ein marmorirtes Aussehen darbot. Der zwischen den erkrankten Stellen vorfindliche normale Epithelüberzug hatte sein unverändertes Aussehen, war jedoch von den erkrankten Stellen unterbrochen, so dass selber gleich einzelnen Plaques aus der kranken Umgebung hervorstach. Nebst diesen auffälligen Veränderungen sah man noch, dem Querdurchmesser der Zunge entsprechende, schärfer erscheinende Linien, welche bei starkem Hervortreten derselben wie tiefere Einschnitte sich präsentirten, die zum Theil auch die weisslichen Veränderungen an der Oberfläche durchzogen. Die Ränder der Zunge, sowie der rückwärtige Theil derselben, zeigten keinerlei abnormes Verhalten; die Papillen an den normalen Stellen nicht verändert, an den rothen Stellen jedoch mässig verdickt und hervorragend. Die Lippen und übrigen Partien der Mundhöhlenschleimhaut normalen Verhaltens und Färbung.

Die Untersuchung des Körpers weist durchaus keine Krankheitserscheinungen auf, an der allgemeinen Decke ist weder ein Ausschlag noch sonst eine Spur anderweitiger Erkrankung zu sehen, auch Narben etwaiger vorausgegangener Geschwürsbildung lassen sich an keiner Stelle auffinden. Die Inguinal-, Hals- und Ellbogendrüsen zeigen keine pathologische Abweichung. Ich erwähne absichtlich dieser auf ein verdächtiges Leiden hinweisenden Umstände, da Pat. angab, dass er vor 25 Jahren an einem venerischen Geschwür (Ulcus molle) gelitten, welches nach 4—5 wöchentlicher Behandlungsdauer vollkommen zur Heilung gebracht wurde und von keinem nachträglichen Leiden gefolgt gewesen sein soll. — Pat. ist seit 10 Jahren verheirathet,

war nie nennenswerth krank, ist Vater zweier gesunder Kinder und zur Zeit nur seines Zungenleidens wegen beunruhigt, gegen welches er schon manche ärztliche Hilfe suchte.

Was das genannte Uebel betrifft, so erwähnt Pat., dass es schon vor einigen Jahren sich zu entwickeln begann und dass es seit einem Jahre gewisse Unannehmlichkeiten verursacht, die sich namentlich beim Essen, Trinken und Rauchen in besonderem Masse steigern. Pat. hatte von anderen Aerzten gegen dieses Uebel verschiedene örtliche und allgemeine Mittel erhalten, doch selbe erschienen auf den Verlauf und die weitere Entwicklung der Erkrankung ganz ohne Einfluss; denn die angeführten Veränderungen haben trotz aller Eingriffe sich in zunehmender Weise gesteigert.

Zur Zeit als ich den Patienten sah, war mir die Wesenheit dieser Uebel fremd, und die Angabe, dass Pat. an einem venerischen Geschwür gelitten, genügte mir, trotzdem ich keine sicheren Anhaltspunkte für das Wesen des Leidens in dem Verhalten des übrigen Organismus vorfand, das einzuschlagende Heilverfahren festzustellen. Ich verordnete demnach, von der Ansicht ausgehend es mit einem syphilitischen Zungenübel zu thun zu haben, das Zittmann'sche Decoct durch einige Wochen zu gebrauchen, örtlich jedoch Touchirungen mit Lapis vorzunehmen. — Nach Verlauf einiger Wochen schien (vielleicht in Folge der Touchirungen) das Zungenleiden sich zu bessern, namentlich die schmerzhaften rothen, von einem verdünnten Epithel überzogenen Flecken waren viel weniger empfindlich. Die Annahme, dass dem Zittmann'schen Decoct und der später durch Jodkali substituirten inneren Medication ein Antheil an der Besserung zuzukommen scheine, erwies sich als trügerisch, da sich mit Nachlass der örtlichen Behandlung die kurz dauernde Besserung wieder verlor. Pat., der durch mehrere Monate unter meiner Behandlung stand, blieb schliesslich mit wenig gebessertem Zustande aus.

Im Monate Juni des folgenden Jahres (1870) kam Pat. abermals, und ich konnte insoferne eine Zunahme des Uebels constatiren, als sich neben den fast unverändert erscheinenden weisslichen Epithelwucherungen, auch die früheren rothen Flecke in gleicher Weise verändert zeigten und die nun zahlreichen weissen Plaques die alleinigen krankhaften Erscheinungen aufwiesen, denen Pat. noch unterworfen war. Die örtlichen Erscheinungen zeigten sich jedoch durch die Epithelvermehrung an den früher rothen Stellen entschieden günstiger,

und die früher vorhandenen Schmerzen beim Essen und Trinken waren nur zeitweilig, namentlich beim Genusse scharf gewürzter oder stark sauerer Nahrungsmittel vorhanden. — Die Annahme, das Zungenübel für ein specifisches Leiden zu halten, war in diesem Falle nicht mehr festzuhalten, ich beschränkte mich demnach dem Kranken nur den Gebrauch von leicht adstringirenden Mundwässern zu empfehlen, die auch von günstiger Einwirkung schienen. Ich habe den Pat. zuletzt im Jahre 1873 mit wenig verändertem Befinden seiner Zunge gesehen.

II. Leucoplakia buccae und linguae.

T. J. ein 36 Jahre alter Beamter, mässiger Raucher, stellte sich mir am 30. October 1871 mit der Angabe vor, dass er schon mehrmals an syphilitischen Geschwüren gelitten, und in Folge dessen schon mehrfacher allgemeiner und örtlicher Behandlung unterworfen gewesen. Jetzt klagt Pat. nur über ein hartnäckiges Zungenleiden, welches nicht nur beim Essen, sondern auch beim Sprechen viele Unannehmlichkeiten veranlasst. Schon als äusserliches Moment fällt die Sprechweise des Kranken auf, insoferne derselbe bei den Bewegungen der Zunge eine gewisse Schonung verräth, und Pat. einen solchen Eindruck macht, als ob er mit einem fremden Körper im Munde zu sprechen gezwungen wäre. — Die Untersuchung lehrt, dass an der oberen Zungenfläche, u. z. fast an der ganzen Ausdehnung eine opalisirende weisse Färbung sich zeigt, welche sowohl an der hinteren als an den Seitenrändern der Zunge durch scharfe Linien begrenzt ist. Die einzelnen Papillen ragen gleich mattrothen Punkten aus der kranken Fläche hervor, trotzdem die ganze Zungenfläche bei oberflächlicher Besichtigung wie von einer gleichmässigen Verfärbung verändert erscheint. Bei genauer Besichtigung findet man die Zunge von zarten Linien durchzogen, die in Längs- und Querzügen die ganze erkrankte Partie gleichsam in einzelne unregelmässige Felder zu theilen scheinen. An der Zungenspitze sieht man eine lebhaft rothe, bei Berührung schmerzhafte Excoriation von Hanfkorngrösse. Reinigt man die weiss erscheinende Oberfläche der Zunge, so ist selbe im Vergleich zu der rückwärtigen gesunden Partie rauh und uneben; die röthlich weissen etwas verdickten Papillen sind bei stärkerer Berührung schmerzhaft, ebenso wie ein auf die obere und untere Zungenfläche zum Zwecke der Untersuchung vorgenommener Druck eine bedeutende Schmerzäusserung veranlasst.

An der Schleimhautpartie der linken Wange zeigen sich längliche, unregelmässig begrenzte, den weisslichen Zungenplaques ähnliche, etwas über die umgebende gesunde Partie hervorragende, bei der Untersuchung infiltrirt erscheinende Schleimhautverdickungen, die der Lippencommissur entsprechend beginnen, und in der Richtung zur Zungenwurzel hin, sich verlieren. Die linke Wangenpartie, sowie die Schleimhaut der Lippen vollkommen normalen Verhaltens. — Patient gibt die Dauer seines Leidens auf circa 2 Jahre an, das seichte Zungengeschwür besteht seit etwa 3 Monaten.

Eine genaue Untersuchung des übrigen Körpers und des Drüsensystems zeigt keine Veranlassung auf eine etwa vorhandene Syphilis zu denken; der Schleimhautüberzug der Mandeln und der gesammten Rachenpartie ist gleichfalls gesund.

Die Anamnese des Uebels war ziemlich unklar, jedenfalls scheint keine eigentliche syphilitische Erkrankung bestanden zu haben, denn Pat. weiss über ähnlichen Erkrankungen zukommende Exantheme oder Schleimhautaffectionen keine sicheren Angaben zu machen, bloss die erwähnten weichen Geschwüre galten demselben als ernsterer Natur. Ohne Rücksicht auf die Anamnese erschien mir die Schleimhauterkrankung der Mundhöhle dennoch als ein specifisches Leiden und ich verordnete deshalb nebst äusserlich zu gebrauchenden Lapistouchirungen, Jodkali in grösseren Dosen. — Ueber den Verlauf des Uebels finde ich in meinem Protokolle die nachstehende Angabe: (vom 10. December 1871), dass das Geschwürchen an der Zungenspitze verheilt, die weissen Plaques jedoch unverändert, die Empfindlichkeit der Zunge geringer, das Sprechen leichter und die Schmerzhaftigkeit beim Essen vermindert waren. Pat. blieb durch einige Monate aus, stellte sich aber am 2. Juli 1872 wieder vor, wobei das Geschwür an der Zungenspitze neuerdings in grosser Ausdehnung sich zeigte. — Ther. Lapisätzung und Chlorkali-Mundwasser, namentlich letzteres gegen die unveränderte Epithelerkrankung der Zungenschleimhaut. — Einige Wochen später war genannte Geschwürsbildung vollkommen verschwunden, und Pat., den ich im Jahre 1873 zuletzt gesehen hatte, war mit demselben Status der Wangen und Zungenschleimhauterkrankung wie vor fast zwei Jahren, als er sich zuerst vorgestellt hatte, aus meiner Beobachtung ausgeblieben. — Zu bemerken wäre noch, dass ich den Vater des Kranken, einen 79 Jahre alten Mann nahezu vier Jahre lang an einem hochgradigen tiefgreifenden Epithelialkrebs der Wange

behandelte, der mit ausgebreiteter Destruction nahezu der einen Gesichtshälfte zu lethalem Ausgange geführt hatte. In letzterem Falle war jedoch keinerlei Leucoplakia vorausgegangen.

III. Leucoplakia lingualis, Papilloma.

(Tafel VI.)

I. S. ein 62jähriger, gesunder und rüstiger Mann, Privatier, kam im März 1872 wegen eines Zungenleidens zur Behandlung. Die in ganzer Ausdehnung verdickte, im Quer- und Längsdurchmesser etwas geschwellte Zunge war schon seit einigen Jahren der Sitz einer krankhaften Veränderung, die sich an der rechten Hälfte über die vorderen zwei Drittheile nahezu bis zu den Papillis circumvallatis erstreckte, während die linke Zungenhälfte ganz normal erschien. Die Krankheit zeigte sich als eine aus glänzend weissen Plaques bestehende Veränderung, aus welcher 3—4 etwa hanfkorngrosse, durch verdicktes Epithel massiger erscheinende, von der sie umgebenden weissen Fläche ohne scharfe Contouren begrenzte Knötchen hervorragten. Die letzteren waren bei der Untersuchung empfindlich, bei Druck sogar schmerzhaft, und hatten den Anschein, als ob sie aus der Substanz der Zunge sich entwickelt hätten. Die flachen Epithelverfärbungen, die oben die glänzend und nahezu silberweissen Plaques darstellten, waren von ziemlicher Intensität und in ihrer Ausdehnung sowohl nach dem rechten Zungenrande als nach der Raphe zu, von scharf gezeichneten rothen Linien begrenzt. Die Oberfläche der Knötchen war keine gleichmässige, sondern von kleinen, blos mit der Loupe deutlich wahrnehmbaren Rissen durchsetzt; die an die kranke Zungenpartie anstossende Schleimhaut zeigt die Papillae fungiformes etwas stärker entwickelt und von dunkelrother Färbung,

Patient ist von seinem Leiden in nicht geringem Grade beim Genusse warmer Speisen und Getränke gestört, und kann seine Mahlzeiten nur mit grosser Mühe und Vorsicht geniessen, das Sprechen ist gleichfalls erschwert, theilweise schmerzhaft. Ich hatte an den Zungenplaques mehrmals das Geschmacksgefühl zu prüfen unternommen, fand aber sowohl bei süssen und sauern zur Untersuchung verwendeten Substanzen (Salz, Zucker, Essig, u. s. w.) keine Veränderung in der Empfindung.

Was die Anamnese anlangt, so ist Pat. sich keinerlei traumatischen oder anderweitigen örtlichen Momentes bewusst, welches das

Leiden veranlasst hätte, und behauptet selber, dass die Erkrankung auf ganz spontane Weise in langsamem Wachsthume innerhalb 3—4 Jahre bis zu dem angegebenen Grade sich entwickelt hatte. — Die Untersuchung des Körpers zeigte am rechten Unterschenkel eine dunkelbraune, thalergrosse flache Narbe, ähnlich den nach syphilitischen Geschwüren zu Stande gekommenen, uud Pat. sagt darüber aus, dass selbe seit 25 Jahren bestehe und aus einer eiternden Wunde sich gebildet hatte. — Ueber etwaige Antecedentien einer syphilitischen Erkrankung sind vom Patienten absolut keine sicheren Angaben zu erhalten. Nach seiner Aussage war er nie von primären oder secundären Uebeln befallen gewesen, ist Vater von drei gesunden Kindern, von denen ein Sohn, 24 Jahre alt, an Phthisis gestorben, während die zwei lebenden nicht nur stets gesund waren, sondern selbst ganz gesunde Kinder besitzen. (Eine Angabe, von der ich mich auch zu überzeugen Gelegenheit hatte.) Im Verlaufe einer 35jährigen Ehe war Pat. überhaupt nicht ernstlich krank, nur soll er einmal durch 2—3 Jahre an rheumatischer Erkrankung der unteren Extremitäten, mit einem gleichzeitig an Handflächen und Fusssohlen entstandenen, schuppenden Exanthem (Psoriasis specifica?) gelitten haben, welches Uebel jedoch nach dem Gebrauch der Gasteiner Bäder dauernd zum Schwinden gekommen sein soll.

Ich habe diese Momente absichtlich hervorgehoben, weil sie in der Beurtheilung der vorausgegangenen Zufälle mit der jede Syphilis negirenden Aussage nicht zu harmoniren schienen und ich wohl geneigt war, die Narbe an der unteren Extremität, die gleichzeitig vorhandenen rheumatischen Zustände (Dolores osteocopi) und das Schuppenexanthem der Palmar- und Plantarflächen mit dem Zungenübel in causalen Nexus zu bringen und Alles auf ein constitutionelles Grundleiden zurückzuführen. — Dieser Annahme zufolge liess ich durch vier Wochen eine Inunctionskur, 3,0 p. die, durchmachen, und darauf zwei Monate lang Jodkali 1,0 p. die, gebrauchen, ohne aber irgend einen Einfluss auf das bestehende Zungenübel wahrnehmen zu können. — Pat. hatte einige Zeit darauf (Frühjahr 1873) in Wien, wohin ihn Familienangelegenheiten führten, die Meinung hervorragender Aerzte einzuholen Gelegenheit gehabt und die zur Consultation berufenen Professoren Billroth, Hebra und Zeissl, welche den Kranken zu gleicher Zeit sahen, einigten sich übereinstimmend dahin, dass in vorliegendem Falle eine locale Behandlung allein kaum zweckdienlich

wäre, dass aber Pat. nochmals eine energische Schmierkur durch zwei Monate, mit gleichzeitigem Gebrauche des Zittmann'schen Decoctes unternehmen möge.

Der Kranke, der den gegebenen Anordnungen sich gewissenhaft gefügt und nach einer der Kur gewidmeten Zeit abermals durch längere Zeit Jodkali gebraucht hatte, sah sich schliesslich durch den Misserfolg der bisher in Gebrauch gezogenen Therapie veranlasst, jede weitere Medication zu beseitigen. Auch ich kam schliesslich zur Ueberzeugung, dass vorliegendes Zungenübel in ursprünglicher Entwicklung vielleicht auf syphilitischer Basis beruhen dürfte, (Patient war stets ein schwacher Raucher) dass jedoch die bisher vorgeschrittene Affection mit einem constitutionellen Zustande durchaus nichts mehr gemein haben könne. Die Schleimhauterkrankung hatte sich nämlich unter der angegebenen Therapie nicht nur nicht rückgebildet, sondern in geringem Grade an den Grenzlinien ein wenig ausgebreitet, namentlich die isolären Knötchen waren durch Zunahme der einzelnen Papillen zu einem einzigen grösseren Knoten zusammengeflossen. — Pat. hat seit dem Ende des Jahres 1873 sich keinerlei Behandlung mehr unterzogen, und das seit drei Jahren stationär gebliebene Leiden zeigt nun nachfolgendes Aussehen, wie es die im Januar 1877 nach der Natur aufgenommene Zeichnung veranschaulicht. — Die Erkrankung der Zunge erstreckt sich auf eine 4—5 Ctm. ausgebreitete Fläche, deren Epithel nicht mehr das frühere milchweisse Aussehen darbietet, sondern von weisslich grauer Färbung, bei Betastung ein derbes und ziemlich consistentes Lager darstellt, aus dessen Mitte sich zwei einander berührende, derbe und nur durch eine Querfurche von einander getrennte, über bohnengrosse Knoten erheben. Die letzteren sind scheinbar von einer festeren Epithelschichte bedeckt, doch bei einer grösseren Spannung der Schleimhaut durch Hervorstrecken der Zunge erscheinen stellenweise an der Oberfläche der Knoten kolbig verdickte und verlängerte Zungenpapillen, die demnach den papillären Bau des Gebildes ganz deutlich erkennen lassen. (Papilloma). Das aus den idiopathischen Plaques entstandene Neugebilde von papillärem Bau, hat demnach im Vergleich zu der vor einigen Jahren bestandenen Epithelwucherung eine ziemliche Vergrösserung und eine entsprechende Umwandlung erfahren, und die vorerst bestandenen Plaques sind auf Kosten des Neugebildes weniger extensiv als früher.

An der Zungenspitze bemerkt man ferner zwei ziemlich scharf begrenzte seichte Geschwüre, die Raphe linguae stark ausgeprägt und die von derselben linkerseits befindliche Zungenschleimhaut mit schmutzig weissem, von der Unterlage nicht zu entfernenden Belag bedeckt. — Die Beweglichkeit der Zunge ist trotz der Zunahme der Erkrankung nicht beeinträchtigt und die nun bestehende Epithelverdickung an der kranken Oberfläche hat die frühere Schmerzempfindung beim Essen und Trinken sogar vermindert, nur zeitweilig, u. z. in mehrwöchentlichen Zwischenräumen treten, ganz unabhängig von der Nahrungszunahme oder anderen Momenten, lancinirende Schmerzen auf, die sich bis in das rechte Ohr erstrecken und oft viele Stunden lang anhalten. Wegen des letzteren Umstandes habe ich dem Kranken schon vor etwa zwei Jahren die operative Entfernung des Neugebildes vorgeschlagen, doch scheut Pat. jeden operativen Eingriff, und will das nun schon seit acht Jahren bestehende Leiden lieber „ins Grab mitnehmen," als sich einer Operation unterziehen. Im Uebrigen befindet sich Patient, den ich als Klient oft zu sehen Gelegenheit habe, jetzt ganz gesund und gebraucht, ausser fleissiger Mundpflege mit Chlorkali und schwachen Carbollösungen, keine anderweitige Medication.

IV. Leucoplakia lingualis diffusa; Psoriasis cutanea.

B. L., ein 45 J. alter Beamter, hatte mich im Jahre 1872 auf Empfehlung des H. Dr. Faludy wegen eines Zungenübels consultirt. Die Besichtigung der Zunge ergab eine graulich weisse Verfärbung der Oberfläche, in deren Mitte eine mässig hervorragende, bohnengrosse, feste und dem gewöhnlichen Bockleder an Consistenz gleichende Epithelschwarte eingelagert war. Die weisslich graue, die Oberfläche der Zunge umwandelnde Auflagerung war eine intensive und erstreckte sich von der Spitze derselben bis nahe an die Grenze der Pap. circumvallatae, so dass man nur dort die normalgefärbte Schleimhaut des Zungengrundes wahrnehmen konnte. Die Ränder der Zunge waren beiderseits von einer gleichmässigen ziemlich scharfen Linie begrenzt, welche die obere erkrankte Schleimhautfläche von der unteren rothen und gesunden schied. — Der in der Mitte der Zunge vorfindliche Knoten war gleich der selben umgebenden ausgebreiteten Epithelschichte trocken, rauh

und bei der Digitaluntersuchung ziemlich hart anzufühlen; die matte und nicht glänzende Oberfläche machte den Eindruck als ob selbe von einem dicken panzerartigen Gebilde bedeckt wäre, das von zahlreichen zarten Linien durchzogen, die einzelnen Schichten in kleine Felder getheilt erscheinen liess. — Die Musculatur der Zunge war nicht frei, wahrscheinlich durch die dicke Epithelschicht in ihren Bewegungen erschwert, denn wenn auch die Bewegungen des Organes beim Hervorstrecken desselben nicht behindert waren, so konnte Pat. dennoch die Zungenspitze nicht ohne Schwierigkeit nach oben, dem harten Gaumen zu, heben, während selbe beim Abwärtsstrecken gegen das Kinn zu, weniger schmerzhaft erschien.

Die Papillae fungiformes erheben sich stellenweise gleich graulichweissen etwa über stecknadelkopfgrossen Punkten, die hinter den Pap. circumvall. sichtbare Zungenpartie ist nicht verändert. — Pat. ist ein starker Raucher, hat beim Essen und Trinken keine nennenswerthen Beschwerden, ist aber im Uebrigen gesund, wohlgenährt und kräftigen Körperbaues. Mit Zustimmung des Kranken konnte ich aus dem Mittelknoten der Zungenoberfläche mit der krummen Scheere ein kleines Stück ausschneiden, das ich frisch als Zupfpräparat unter dem Mikroskop untersuchte. Das ausgeschnittene Object lieferte jedoch für die Wesenheit der Erkrankung keinerlei nennenswerthen Anhaltspunkt, indem ich blos einzelne Papillae filiformes, die durch zahlreiche Bindegewebsfilamente durchsetzt und verbreitert erschienen, von dichten Granulationszellen umgeben fand, das Object war jedoch zu klein zu weiterer Ausbeute, um so mehr da es nicht gelang auch vom Corium einen entsprechenden Theil mit in den Bereich der Untersuchung erhalten zu können.

Pat. bot aber ausser dem Zungenleiden noch gleichzeitig einen anderen interessanten Befund dar, indem an der allgemeinen Decke, u. z. in der Gegend des Kreuzbeins eine ausgebreitete psoriatische Erkrankung bestand, die ein etwas mehr als zwei Handflächen einnehmendes Terrain occupirte, das von reichen Schuppenauflagerungen bedeckt war; einzelne psoriatische Plaques waren noch ausserdem an der Streckseite beider Ellbogengelenke vorhanden, der übrige Theil der Hautdecke jedoch vollkommen gesunden Verhaltens. — Die Psoriasis der Haut bestand nach Angabe des Pat. seit circa 12 Jahren und selbe hatte sich mitunter theils spontan, theils in Folge entsprechender Behandlung mehrmals vollkommen involvirt. Das Zungenübel war kürzeren Datums, bestand aber auch

schon seit etwa acht Jahren und hatte sich von dem central gelegenen Knoten der Zungenoberfläche aus entwickelnd in langsamer Zunahme über das ganze Organ ausgebreitet, war in keiner Periode seines Bestandes und an keiner einzigen Stelle bisher zur Involution gelangt und hatte die jetzt sichtbare Ausdehnung schon vor vier Jahren erreicht. — Pat. war nie syphilitisch, hatte aber trotzdem in Wien und Pest auf Anrathen mehrerer angesehener Fachmänner wegen seines Zungenleidens sich einer antisyphilitischen Kur unterzogen, die sich jedoch als vollkommen nutzlos erwies.

Nach diesen mir gewordenen Angaben von Seite des Kranken und in Folge der Annahme, dass man es hier mit einem idiopathischen Uebel zu thun habe, beschränkte ich mich nur auf eine locale Behandlung in Form von alkalischen Mundwässern und zeitweiligen Lapistouchirungen der erkrankten Zungenoberfläche, welch' letzterer Vorgang insofern von wohlthätiger Einwirkung war, als dadurch die leichten Schrunden, die durch die angedeuteten Linien vorgezeichnet erschienen, zur zeitweiligen Ueberhäutung gelangten und die mitunter beim Genuss mancher Nahrungsmittel auftretenden Schmerzen beschwichtigt wurden. — Pat. stand etwa ein halbes Jahr lang unter der angegebenen Behandlung, mit wenig gebessertem Zustande und ehe man zu einer anderen Behandlungsart greifen konnte, erlag er einem rasch tödtenden Anfalle von Apoplexie.

V. Leucoplakia lingualis diffusa, buccalis sparsa.

(Tafel VII.)

F. E., ein vollkommen gesunder 42 Jahre alter Rentier, der nie ernstlich krank gewesen, kam im December 1872 zur Behandlung. Patient hatte wegen eines seit drei Jahren bestehenden Zungenleidens, das vielseitiger Beurtheilung nach für Syphilis gehalten wurde, schon mehrfach einer diesbezüglichen Behandlung sich unterziehen müssen, trotz der Aussage desselben, dass er nie einer primären oder secundären Affection unterworfen gewesen war. Die bisherige Therapie, die nebst Inunctionskuren, auch in einer Jodkali-Behandlung und dem zweimaligen Gebrauch der Haller Bäder bestand, konnte nach Mittheilung des Kranken, bisher nicht den geringsten Erfolg aufweisen, und die Zungenerkrankung blieb nicht nur hartnäckig nach wie vor, sondern war auch in geringem Masse ausgebreiteter als zu Beginn der dagegen unternommenen Behandlung. — Die zur Zeit der ersten

Besichtigung vorhandene Veränderung der Zungenschleimhaut zeigte nachfolgenden Befund: An der Oberfläche der Zunge sowie an den Seitenrändern derselben mehrere hanfkorn — linsengrosse Flecken, von denen einzelne mattweiss, den Plaques opalinesartigen Veränderungen glichen, ausserdem einige dunkelrothe Excoriationen sichtbar, die von der gesunden Zungenschleimhaut in scharfen Contouren sich abhoben. Während die letzteren eine glattere Oberfläche darboten, waren die weissen Plaques rauher und derber anzufühlen als die gesunde Schleimhaut ohne jedoch die im vorhergehenden (IV) Falle angeführte Consistenz zu erreichen. — Die Papillae fungiformes an den Plaques stellenweise etwas hervorragend, an der normalen Schleimhaut, jedoch von gewöhnlichem Aussehen. Die excoriirten Stellen bei Berührung sowie bei Genuss warmer oder etwas gewürzter Speisen schmerzhaft.

Die Schleimhaut der Mundhöhle, u. z. die Innenfläche beider Wangen zeigt einzelne, unregelmässige, mehrere Linien breite, längliche und flache Verfärbungen, die sich entsprechend der Zahnreihe vom Mundwinkel aus nach innen zur Rachenhöhle erstrecken, doch ohne irgendwelche subjective Störungen zu verursachen.

Die Untersuchung lehrte, dass Pat. an den excoriirten Stellen die grösste Empfindlichkeit aufweist, während die weissen Plaques durchaus indifferent erscheinen. Die dunkelrothe Injection der hinteren Rachenpartien lässt vermuthen, dass Pat. die Schleimhaut der Mundhöhle bedeutenden Reizen aussetzt, und derselbe gibt auf Befragen selbst an, dass er ein leidenschaftlicher Raucher, gewohnt 12—15 Cigarren starker Sorte innerhalb 12 Stunden zu rauchen. Trotzdem der Tabakrauch die Schmerzen in der Zunge zu steigern pflegt, lässt Pat. nur dann von dieser Gewohnheit ab, wenn sich die dadurch verursachte Schmerzempfindlichkeit ganz besonders einstellt. Der Umstand, dass Pat. einmal wegen einer fieberhaften Affection durch 14 Tage das Cigarrenrauchen sistiren musste, unter welcher Zeit die rothen Flecken auf der Zunge weniger schmerzhaft wurden, liessen den Kranken auch zur Einsicht kommen, dass das Rauchen jedenfalls von Einfluss auf sein Leiden sein dürfte. Inwiefern selbes jedoch als ursächliches Moment der angeführten Erkrankung anzusehen wäre, darüber wusste der Kranke wohl selbst keinen Bescheid. Mir blieb aber nach genauer Untersuchung des Körpers, nach eingehender Er-

wägung aller Momente die zur Veranlassung des Uebels gedient haben konnten, keine andere Annahme übrig, als die Zungenerkrankung von dem starken Rauchen abzuleiten, und die von früheren Aerzten sich als nutzlos erwiesenen specifischen Behandlungsweisen dienten nur zur Bestärkung dieser Auffassung. — Die vorgeschlagene Therapie bestand darin eine Vermeidung der schädlichen ätiologischen Momente anzurathen und den anhaltenden Gebrauch von Mundwässern (Chlorkali) dringend zu empfehlen. — Pat. der in hiesiger Stadt lebt und sich im Verlaufe der nachfolgenden Jahre öfter bei mir vorstellte, bot mir dergestalt Gelegenheit den Verlauf des Uebels zu beobachten, wobei ich die Wahrnehmung machte, dass die neben den weissen Plaques vorhandenen rothen Flecke sich allmälig zur selben Modification der Erkrankung umgestalteten und mit der Zeit selbst zu mattweissen Plaques umbildeten.

Im Monate December 1876 hatte die Erkrankung ein Aussehen erlangt, wie es Tafel 2 veranschaulicht. Die früher vereinzelten rothen Flecke und weissen Plaques sind vollkommen geschwunden und an deren Stelle zeigte sich eine silberweisse, glänzende, gleichmässige Schichte, welche die ganze Oberfläche der Zunge einnimmt. Letztere ist von zahlreichen, deutlich sichtbaren Linien durchzogen, welche das verdickte Epithel gleichsam in einzelne Felder abtheilt, und die ganze erkrankte Fläche gleicht dem bei der Ichthyosis der Haut bekannten Schuppenbilde, mit dem Unterschiede jedoch, dass sich die einzelnen Schuppenfelder nicht aufeinander lagern, sondern zu einer gleichmässig dicken Decke vereinigen. Eine eigentliche, sichtbare Abschuppung tritt jedoch hier ebenso wenig wie an anderen durch Leucoplakia veranlassten Zungenerkrankungen zu Tage. Die Seitenränder der Zunge zeigen stellenweise rothe Schleimhautpartien, die untere Schleimhautfläche der Zunge nicht verändert. Die Zungenpapillen sind nirgends deutlich zu sehen und wahrscheinlich durch den Process zu Grunde gegangen. — Die Wangenschleimhaut nur in dem Masse verändert wie vor einigen Jahren. — Pat. im Uebrigen wohl, Schmerzen bestehen seit der Zeit der totalen Schleimhautumwandlung nicht mehr, und Patient isst, trinkt und raucht nun wie ein sonst gesundes Individuum.

VI. Leucoplakia lingualis et buccalis sparsa; Catarrh. ventriculi chronicus.

K. L. 45 Jahre alt, schwächlicher Constitution, anämisch und häufigen Magenkatarrhen unterworfen, klagt, dass auf der Schleimhaut der Wangen und der Zunge häufig „weisse Geschwüre“ auftreten, die beim Essen oft unangenehm, beim Rauchen aber schmerzhaft sind. Pat. raucht seit einigen Jahren wenig, was aber in früheren Jahren nicht der Fall war und ein anhaltendes Magenleiden hatte den anhaltenden Tabakgenuss aufzulassen genöthigt. Letzterer Zustand zeigt nach der Wahrnehmung des Kranken insoferne einen Causalnexus beider Erkrankungen, als mit der Verschlimmerung des Magenübels auch die Schleimhautaffection der Mundhöhle sich zu verschlimmern scheine, während ein gleiches Verhalten auch in entgegengesetzter Richtung sich kundgibt. — Die Erkrankung der Mundhöhlenschleimhaut besteht darin, dass an der Zungenoberfläche 6—8 bläulich weisse, rundliche Flecke, die sich an dem vorderen Drittheil nahezu berühren, bestehen, dass an den Wangenpartien beiderseits unregelmässige, vom Mundwinkel ausgehende, 1—1$^1/_2$ Ctm. breite und ebenso lange gleichfarbige Veränderungen sich zeigen. Die Schleimhaut ist nirgends verdickt, erscheint im Gegentheil etwas verdünnt, indem die Flecke ganz glatt, und auf Druck ziemlich empfindlich erscheinen. Pat. seit 12 Jahren verheirathet, war nie syphilitisch und bis auf sein Magenleiden nie ernstlich krank. — Das hier kurz erwähnte Uebel, mit welchem Pat. sich Anfangs des Jahres 1873 bei mir vorstellte, bestand schon seit circa einem Jahre.

In Rücksicht auf den Magenkatarrh liess ich den Kranken zu Hause eine Karlsbader Trinkkur, und da selbe nicht so gut vertragen wurde, eine Zeitlang Rakoczy (Kissingen) trinken. Pat. war den darauffolgenden Sommer in Kissingen und im Jahr 1876 in Szliács, wo seine anämische Constitution und sein Magenleiden sich auffallend gebessert hatten. — Während ich dieses schreibe (April 1877), befindet sich Patient seit fast 1$^1/_2$ Jahren mit seinem Magen recht gut, und während die Schleimhautplaques an der Zunge vollkommen geschwunden sind, ist dieselbe Erkrankung an den inneren Wangenflächen wenig verändert, ja selbe hat sogar an der Innenfläche der Unterlippe sich ein wenig ausgebreitet. Schmerzen bestehen durchaus nicht, und der Genuss von stärkeren Cigarren verursacht gar keine anomale Empfindung.

VII. Leucoplakia linguae et buccae circumscripta, Psoriasis cutanea.

A. K., ein 24 Jahre alter Jurist, leidet seit einiger Zeit an einer Schleimhauterkrankung der Mundhöhle. An der Zungenoberfläche, u. z. an deren vorderer Hälfte zeigen sich mehrere unregelmässig weisse Flecke, ziemlich derber Beschaffenheit, die selbst das Bindegewebe und die unterliegende Musculatur etwas infiltrirt erscheinen lassen. Die Papillae fungiformes geröthet und etwas geschwellt ragen stellenweise auffallend aus der Zungenoberfläche hervor; die Wangenschleimhaut rechterseits von mattweissen, mässig verdickten, epithelialen Plaques bedeckt, die eine 3—4 Ctm. breite und fast 4 Ctm. lange silberweisse derbe Auflagerung darstellen, welche die Configuration eines Dreiecks einnimmt, dessen stumpfe Spitze gegen die Rachenhöhle gerichtet ist, während die breitere Basis in querer Richtung über den inneren Mundwinkel hinzieht. Der mittlere Theil dieser Auflagerung ist glänzend weiss, während die Randpartien matter und gegen die gesunde Schleimhaut hin, wie verwaschen erscheinen. Pat. hatte ausser der Mundhöhlenaffection eine idiopathische Psoriasis der Haut aufzuweisen, welche am Stamme, den Knien und Ellbogen in Form zerstreuter Efflorescenzen, sowie confluirender Plaques sich vorfand. Während letztere Erkrankung nach Mittheilung des Patienten sich seit 5—6 Monaten entwickelt hatte, bestand das Schleimhautleiden schon seit zwei Jahren ohne ursprünglich von dem Kranken besonders beachtet worden zu sein. Das zufällige Zusammentreffen beider Erkrankungsformen zeigte in diesem Falle ein anderes Verhalten als in dem sub IV angeführten, indem dort die Psoriasis cutanea eine ältere, die Leucoplakia eine Erkrankung jüngeren Datums war, in beiden Fällen jedoch die jeweiligen Haut- und Schleimhautveränderungen sich unabhängig entwickelt hatten.

Ich hatte in diesem wie im früher geschilderten Falle durchaus keinen Anhaltspunkt wahrnehmen können, irgendwelche Gegenseitigkeitsbeziehungen zwischen der Psoriasis und der Leucoplakia aufzufinden und demgemäss hier wie dort eine örtliche Therapie für jede Erkrankung im Besondern, angerathen. Pat., der im Monate Juli 1873 zur Behandlung kam, hatte nach Verlauf von drei Monaten seine Psoriasis verloren, die Leucoplakia hatte jedoch keine Besserung erfahren. Die Aetiologie des Uebels konnte in diesem Falle weder auf Tabakgenuss noch auf ein etwa bestandenes syphilitisches Allgemein-

leiden zurückgeführt werden — beiderlei Krankheitsmomente fehlten absolut. — Die Fruchtlosigkeit der bekannteren Medicationen veranlassten mich mit Jodtinktur die Plaques einstreichen zu lassen, doch hatte die relative Schmerzhaftigkeit nur einen beschränkten Gebrauch derselben ermöglicht. — Gegen Ende des Jahres 1874 sah ich den Pat. abermals, doch während die Hautpsoriasis nur in geringem Grade einige Nachschübe aufwies, hatte die Leucoplakia sich ziemlich unverändert erhalten.

VIII. Leucoplakia lingualis, Carcinoma epitheliale.

O. Ph., ein 52 Jahre alter Kaufmann, an mässigen Genuss von Cigarretten gewöhnt, trat Ende August 1873 wegen eines Zungenleidens in meine Behandlung. Die Zunge zeigte an ihrem linken Rande 3—4 umschriebene dunkelrothe, (der Farbe coagulirten Blutes gleichende) des Epithels beraubte, hanfkorngrosse Flecke, an der Oberfläche der Zunge mehrere mattweisse, wenig glänzende, glatte, durch verdichtetes Epithel veranlasste, theils rundliche, theils unregelmässige Verfärbungen. — Die übrige Partie der Zunge gesunden Verhaltens, die einzelnen Papillen ragen gleich einzelnen rothen Punkten, ohne nennenswerth verdickt zu sein, aus der Umgebung der Plaques hervor. Die Schleimhaut der Mundhöhle gesund.

Die Zungenerkrankung bietet viel Aehnlichkeit mit solchen Veränderungen, die man bei Schleimhautsyphilis häufig sieht, nur mit dem Unterschiede, dass in letzteren Formen die Plaques weniger intensiv weiss sind, sondern eher eine in's Bläuliche spielende Nuance zeigen und dass die rothen Flecke auch mehr rosafarben als tief dunkelroth erscheinen, wie dies in diesem Falle wahrzunehmen war. Doch abgesehen von diesen nur in zweiter Linie ins Auge fallenden Unterschieden, sprach auch die eingehend durchforschte Anamnese gegen die Annahme einer syphilitischen Erkrankung; indem Patient in einer 25jährigen Ehe stets gesund war und als Garçon nur ein- oder zweimal an einer vorübergehenden Blennorrhöe gelitten hatte. Eine genaue Untersuchung des Körpers, zumal des gesammten Drüsensystems schienen gleichfalls die Angaben des Pat. zu bestätigen.

Das Zungenübel bestand schon seit etwa einem Jahre und der Ordinarius des Kranken hatte durch Mundwasser, Jodkaligebrauch u. s. w. gegen dieses Leiden angekämpft, offenbar ganz fruchtlos,

indem das Uebel, wie Pat. meinte, trotz aller Behandlung, an Ausdehnung gewann. Ich sprach mich dem Kranken gegenüber, gestützt auf meine bisherigen Erfahrungen, gegen eine antisyphilitische Kur aus und wollte nur von einer örtlichen Behandlung Erfolg erwarten, doch liess sich Patient durch den Rath massgebender Fachmänner bestimmen, eine eingreifende Kur vorzunehmen. Letztere Mittheilung erfuhr ich von dem Kranken selbst, der in Wien einige Zeit hindurch eine Schmierkur mit gleichzeitigem Gebrauch von Zittmann'schem Decoct durchmachte. Der erwartete Erfolg blieb jedoch aus und Pat., der mich im Laufe des December 1873 abermals aufsuchte, hatte eine Zunahme des Uebels aufzuweisen, indem ausser den vorhandenen Plaques die früher rothen Flecke gleichfalls zu weissen Epithelbildungen umgewandelt waren, von denen zwei an dem Zungenrande als stark infiltrirte Knoten erschienen, die nicht nur beim Sprechen und Essen schmerzhaft waren, sondern auch in ihrem Centrum seichte, wenn auch nur kleine Geschwüre darboten. Pat. klagt über häufige zur Nachtzeit auftretende Schmerzen, die den Schlaf stören und die Beweglichkeit der Zunge auch sonst beeinträchtigen.

Der diesergestalt veränderte Zustand erschien jedenfalls als ein bedenklicher, da jedoch weder auf dem Boden der Mundhöhle eine verdächtige Infiltration, noch irgend welche Verdickung der Drüsen sowohl hier wie in der Nackengegend sich zeigte, so war die Hoffnung auf eine Heilung des Uebels durch Exstirpation der Knoten eine wohl berechtigte. Ich rieth dem Pat. demnach die Entfernung der entarteten Zungenpartie an, da derselbe aber vor dem Messer eine auffallende Scheu verrieth, so unternahm ich die Ausschälung der Knoten mit dem Bruns'schen Löffel. — Im Monate Jänner 1874 hatte ich in zwei Sitzungen die kranken Gebilde vollkommen entfernt, indem ich alle infiltrirten Partien, bis ins gesunde Gewebe hinein ausgekratzt hatte. Die Heilung des beiderseitigen breiten Geschwürsgrundes hatte sich in ziemlich kurzer Zeit angeschickt, die Schmerzhaftigkeit war ganz geschwunden und das subjective Befinden des Kranken hielt mit dem besseren Aussehen der Geschwürsflächen gleichen Schritt; Essen und Sprechen gingen allmälig ohne Anstand von Statten und man konnte sich der Hoffnung hingeben, dass das Uebel zu dauernder Heilung gelangen dürfte. — Der gebesserte Zustand hielt jedoch nicht lange an und ehe eine vollständige Vernarbung eingetreten war, hatten sich zu Beginn des Monates Mai neuer-

dings Schmerzhaftigkeit und Verhärtung an den grossentheils vernarbten Stellen eingestellt. Mit dieser Verschlimmerung trat gleichzeitig eine Infiltration des linksseitigen Bodens der Mundhöhle ein, Sprechen und Essen waren wieder erschwert, die seit drei Monaten vollkommen verschwundenen Schmerzen zur Nachtzeit traten mit grosser Vehemenz auf und kamen zeitweilig auch bei Tage. Bei derartig verändeter Sachlage, war die Exstirpation der kranken Zungenpartie unaufschiebbar geboten, und Prof. Kovács, der zur Vornahme derselben zugezogen war, entschied sich auch zu deren unmittelbarer Ausführung. — Pat. wünschte nun schliesslich noch den Ausspruch eines anderen hervorragenden Chirurgen zu vernehmen, reiste deshalb nach Wien, wo er alsbald von Prof. Billroth vermittelst vorgängiger Ligatur der Arter. lingualis im Monate Juni operirt wurde.

Nach vollzogener Operation, einer günstigen und ziemlich rasch abgelaufenen Nachbehandlung, stellte sich Pat. gegen Ende Juni mir wieder vor. Derselbe war im Ganzen recht wohl, das Sprechen durch den fehlenden Zungentheil etwas schwierig, doch die Aufnahme der Nahrung ganz anstandslos und die Schmerzen vollkommen geschwunden. Die Zunge selbst bot ein sehr gutes Aussehen, und die Stelle der früheren Knoten und Plaquebildung durch eine schöne glatte Narbe gekennzeichnet. — Doch hatte der günstige Zustand und die so erfreulich sich kundgebende Besserung nicht lange Stand gehalten.

Der im Vorhergehenden ausführlicher erzählte Krankheitsfall findet sich auch in Kürze unter Billroth's Fällen (Nédopil) unter Nr. 5 angeführt. Die weiteren kurzen Angaben können demnach auch für jene Darstellung als ein ergänzender Schlusstheil gelten, indem Pat. nach kaum dreimonatlicher Pause abermals eine Verschlimmerung des Uebels verspürte. Die Zunge blieb wohl anhaltend gesund, doch hatte zu Beginn des Monats September eine Anschwellung der linksseitigen Nackendrüsen sich eingestellt, die in rascher Zunahme zu einer bedeutenden Geschwulst sich entwickelte, welche alsbald aufbrach, und die Erscheinung eines Drüsencarcinoms darbot. Die Anschwellung wurde bald so hochgradig, dass eine Compression des Oesophagus erfolgte, und Pat. unter qualvollen Leiden gegen Mitte December 1874 an totaler Erschöpfung zu Grunde ging.

IX. Leucoplakia linguae, Ulcus carcinomatosum.

K. Gy., ein 56 Jahre alter Landwirth aus dem Banate, kam im Monate Februar 1874 wegen eines Zungenübels nach Pest. An der Oberfläche der Zunge in einer Entfernung von 1 Ctm. von der Zungenspitze einige rundliche, weissliche, verdickte Epithellagen, die von der Umgebung sich ziemlich deutlich emporhoben; die übrige Zungenpartie von einem dunkelbräunlichen Belag überzogen, welcher jedoch nicht hinderte, dass man die an der Zungenoberfläche hinziehenden Längs- und Querlinien wahrnehmen konnte, die bei stärkerer Spannung der Zunge kleine Furchen bildeten, deren Ränder die rothe Schleimhaut deutlich erkennen liessen. Die Zungenpapillen treten an den linken Randpartien besonders deutlich hervor, während der rechte Zungenrand im Ganzen etwas verdickt und schmerzhaft war, und an seinem rückwärtigen Theile ein bohnengrosses mit eitrigem Belag bedecktes, und harten Rändern versehenes Geschwür darbot. Die Infiltration liess sich von dem Geschwürsrande aus, bis nahe zur Raphe der Zunge verfolgen, die Schleimhaut der Mundhöhle sowie die Unterkieferdrüsen etwas geschwellt, doch die Nackendrüsen unverändert. — Das Geschwür soll nach der Angabe des Kranken seit etwa zwei Monaten bestehen und sich aus weissen Flecken entwickelt haben, wie deren welche noch an der Zungenoberfläche bestehen. — Patient leitete das Geschwür von der Nachbarschaft der schadhaften Backenzähne ab, die er auch schon vor einiger Zeit entfernen liess, ohne dass jedoch das stark eiternde und fauligen Geruch verbreitende Geschwür zur Heilung kommen wollte.

Der Kranke war nie syphilitischer noch anderer constitutioneller Erkrankung unterworfen gewesen. Auf Befragen gab er an, dass er nicht nur ein starker Raucher sei, sondern auch Rauchtabak zu kauen gewohnt war, eine bei dem Landvolk in Ungarn mitunter zu findende Gewohnheit, welch' letzteres er seit dem Aufbruch des Zungenknotens jedoch aufzulassen genöthigt war. — Die Epithelialwucherungen sollen vor acht Jahren ihren Anfang genommen, und sich nur allmälig stärker entwickelt haben. An der unteren Zungenfläche einige seichte Excoriationen.

Bei dem ausgesprochen bösen Charakter der Neubildung liess sich nur von einem operativen Eingriffe Hilfe erwarten. Pat. wünschte noch einmal seine häuslichen Angelegenheiten vor Inangriffnahme der

Exstirpation des kranken Zungentheiles zu ordnen, blieb aber statt der vermeintlichen wenigen Tage, einige Wochen aus, während derer er in seiner Heimat quacksalberischer Behandlung sich unterworfen hatte, die eine auffallende Zunahme des Uebels nach sich zog. — Pat. zeigte nach der neuerlichen Besichtigung eine ausgedehntere, durch die ganze Substanz der Zunge sich erstreckende Verschwärung mit buchtigen, zerklüfteten und stark infiltrirten Rändern, hiezu kamen anhaltende Schmerzen, Schwellung der Kieferdrüsen, so dass der Kranke ein ziemlich herabgekommenes Aussehen darbot. Der klägliche Zustand liess den Erfolg einer Operation heute noch zweifelhafter erscheinen als früher und Pat. schien instinctiv ein Gleiches zu ahnen, nachdem er, da ich ihn an Prof. Kovács sandte, diesen Rath, wie ich erfuhr nicht befolgte, und ich über den schliesslichen Ausgang des Zustandes keine weitere Nachricht erhielt.

X. Leucoplakia lingualis et labialis, Catarrh. ventric.

D. M., ein 28 Jahre alter Grundbesitzer, den ich seit 12 Jahren kenne, leidet seit etwa drei Jahren an häufigen Zufällen eines acuten Magenkatarrhs, der durch zeitweilig auftretendes Erbrechen sich zu verschlimmern pflegt, sobald Patient aber eine strenge Diät hält und leichte Adstringentien nimmt, lässt sein Uebelbefinden für einige Zeit wieder nach. — Vor etwa zwei Jahren (März 1875) entstanden ohne irgend welches direct veranlassendes Moment an der Zungenoberfläche einzelne weissliche, glatte, neben einigen umschriebenen, röthlichen Flecken, die einen geringen Schmerz beim Essen und Rauchen verursachten. — An der Oberlippe bildeten sich zu gleicher Zeit ebenfalls einzelne weissliche Verfärbungen, ohne Infiltration des unterhalb liegenden oder umgebenden Gewebes, das Colorit der kranken Flächen ist bläulich weiss und erscheint den bekannten mit Lapis bestrichenen Schleimhautflächen ähnlich; die letzteren sind bei Druck etwas empfindlich und schmerzhaft, und bei Spannung der Haut sieht man seichte Sprünge innerhalb der weissen Flecken, welche die rothe Schleimhaut in Form zarter Linien durchscheinen lassen. Die Epithelialveränderung ist demnach eine ganz leichte und nicht tiefgreifende. An dem inneren Rande der zum Zahnfleisch sich umbiegenden Schleimhautpartie einzelne des Epithels beraubte Stellen, in Form seichter Excoriationen. — Diese hier erwähnte Veränderung hatte sich langsam, so zu sagen unter meinen Augen, gebildet und man konnte den Zeit-

raum dieser pathologischen Umwandlung innerhalb 3—4 Monate sich entwickeln sehen.

Patient war nie syphilitisch und ausser seinem Magenleiden nie ernstlich krank gewesen. Man konnte für das Entstehen dieser Plaquebildung vielleicht den Magenkatarrh als causales Moment betrachten, da letzterer Zustand mit der Schleimhauterkrankung fast zu gleicher Zeit zu Stande gekommen war, doch hatte die Plaquebildung selbst bei günstigerem Verhalten des Magens sich unverändert erhalten. Pat. ist wegen der Schleimhauterkrankung unter zeitweiliger Behandlung, und ich hatte in den letzten Monaten, während ich mich mit der literarischen Darstellung dieses Gegenstandes beschäftigte, die Wahrnehmung gemacht, dass die Plaques der Zunge theils durch eine strenge Behandlung des Magenübels, theils durch den Gebrauch örtlicher Mittel nahezu geschwunden sind, während die Lippenerkrankung jeder Medication trotzend, sich sogar ein wenig ausgebreitet, und die Oberlippe nahezu in ganzer Ausdehnung verändert hat. — Pat. ist Raucher und an den mässigen Genuss von Cigarretten gewöhnt, deren selbst stärkerer Gebrauch durchaus keine Schmerzen verursacht, während beim Essen warmer Speisen zeitweilig geringe Schmerzempfindungen hervorgerufen werden.

XI. Leucoplakia lingualis.

H. S. 45 Jahre alt, Juwelier, im Ganzen gesund, und nur zeitweilig auftretenden Migräneanfällen unterworfen, stellte sich mir im Monate April 1875 wegen eines Zungenübels vor. In der Mitte der Zungenoberfläche, an der Spitze und dem linken Rande der Zunge mehrere grauweisse glatte Flecke, inmitten der bläulichrothen, von einem leichten Belag bedeckten Zungenschleimhaut. Die Papillae filiformes erscheinen als dunkelgeröthete Punkte inmitten der weisslichen Plaques, die weniger als Epithelverdickungen denn als Verfärbungen sich kundgaben. Die übrige Mundhöhlenschleimhaut normalen Verhaltens. Die krankhaften Veränderungen erzeugen nur zeitweilige Schmerzen beim Essen scharfgewürzter oder warmer Speisen. Das Bild, das Pat. darbietet, erinnert, wie so häufig die idiopathischen Plaques überhaupt, an analoge Formen syphilitischen Ursprunges, und der behandelnde Arzt hat schon öfter eine antisyphilitische Kur vorgeschlagen, wenngleich weder die Anamnese noch das übrige Verhalten des Kranken einen directen Anhaltspunkt für diese Annahme

zu bieten vermochte. Patient hatte sich aber zu einer Schmierkur aus Scheu vor einer Quecksilberbehandlung bishin nicht entschliessen können.

Meine Meinung ging nun, nachdem ich Pat. genau untersucht hatte dahin, dass das Uebel trotz der grossen äusseren Aehnlichkeit dennoch mit Syphilis nichts gemein habe, und dass die seit vielen Jahren geübte Gewohnheit des anhaltenden Rauchens wohl eher ein veranlassendes Moment zur Entstehung der Plaquebildung abgeben dürfte. — Oertliche Behandlung durch alkalische Mundwässer und zeitweilige Lapistouchirungen, sowie Aussetzen des starken Rauchens hatten auch einen recht befriedigenden Erfolg, und ich habe im Laufe des letzten Jahres öfter ein totales Schwinden der Plaques gesehen. Doch genügte schon eine geringe Veranlassung (häufiges Rauchen), um das Uebel in stärkerer Weise wieder hervorzurufen. — Dieser Fall war einer der instructivsten in Bezug auf die Wahrnehmung, dass das Tabakrauchen von zweifellosem Einfluss auf gewisse Formen der Plaquebildung an der Zungenschleimhaut ist.

XII. Leucoplakia lingualis circumscripta.

P. K. 27 Jahre alt, Baumeister, hatte vor 8 Jahren ein weiches venerisches Geschwür an der Glans penis, das durch 3 Wochen anhielt und sodann ohne weitere Folgen für den Organismus zur Heilung kam. Vor etwa vier Jahren entstanden auf der Zungenschleimhaut einzelne umschriebene, durch Epithelanhäufung gebildete, ziemlich starke Infiltrationen, die ebenso wenig einer mehrwöchentlichen Schmierkur als einer allgemeinen Behandlung durch Jodkali weichen wollten. Ich sah Patienten nach stattgefundener Behandlung, die er neuerdings aufzunehmen gesonnen war, im Juli 1875, ohne dass ich jedoch für die syphilitische Natur des Zungenübels irgend welchen Anhaltspunkt zu gewinnen vermochte. — Die glänzend weisse Farbe der Auflagerung, die Persistenz des neugebildeten und dichteren Gewebes sprachen für die Entwicklung einer idiopathischen Erkrankung. Patient hat deshalb auch auf meine Annahme hin die Vornahme weiterer antisyphilitischer Kuren unterlassen. — Im Sommer des verflossenen Jahres stellte sich Pat. abermals zur Besichtigung vor, und ich konnte weder eine Zu- noch eine Abnahme des Uebels feststellen. — Die Plaques verursachten keinerlei Beschwerden, und hatten auch nicht sonderlich die Functionen der Zunge gehemmt. — Was die ätiologischen Mo-

mente anlangte, so konnte in diesem Falle nicht einmal das Rauchen beschuldigt werden, welches in einzelnen der früher angeführten Fälle mehr oder weniger von Einfluss auf die Entwicklung des Schleimhautübels zu sein schien.

Der nächstfolgende Krankheitsfall gehört gleichfalls in die Kategorie der die Einwirkung des Tabakrauches ausschliessenden Fälle und gewinnt noch ein besonderes Interesse durch das gleichzeitige Auftreten der Erkrankung an der Mundhöhlen- und Genitalschleimhaut; ein ungemein seltenes Vorkommen.

XIII. Leucoplakia lingualis et buccalis; L. vulvae.

(Tafel VIII.)

Frau P. A. 56 Jahre alt, ziemlich schlecht genährt und anämischer Hautfarbe, klagt seit mehreren Jahren über eine „böse Erkrankung" der Mundschleimhaut. Ich sah Patientin, welche mir die DD. Wagner und Schermann zusandten, zuerst im Jahre 1876. Selbe gab an, dass sie mit Ausnahme einer vor 12 Jahren durchgemachten und sechs Wochen andauernden Bauchfellentzündung nie wieder krank gewesen, dreimal geboren und niemals abortirt hatte, ihr jüngster Sohn zählt 19 Jahre.

Die Zungenerkrankung bot ein von den bisher erwähnten ziemlich abweichendes Verhalten dar, wie auch aus der beigegebenen Abbildung zu entnehmen ist. An der linksseitigen Hälfte der Zungenoberfläche einzelne unregelmässige, scharfbegrenzte weissliche Auflagerungen. Die Schleimhaut der Zunge theilweise normal, in deren Mitte einige theils dunkelrothe mit Epithel bedeckte, theils dieses Ueberzuges beraubte Stellen. Am linksseitigen Zungenrande einzelne flache Excoriationen inmitten stark imbibirter dunkelrother Flecke. An der Zungenspitze eine hanfkorngrosse weisse Epithelverdickung zum Theil von einer Abschürfung begrenzt, welche den an der Zungenoberfläche befindlichen Epithelbildungen ähnlich erscheint. — An der rechten Zungenfläche eine $2^1/_2$ Ctm. lange, im mittleren Durchmesser etwa $1^1/_2$ Ctm. breite weisse Auflagerung, deren rückwärtiger, gegen die Rachenhöhle zu sich erstreckender Endtheil in die normale Schleimhaut übergeht, während das gegen die Raphe und die Zungenspitze hin sich ziehende Ende einen längeren und zwei kürzere stumpfe Fortsätze bildet. Die ganze Plaquebildung ist glänzend weiss, während die kleineren

Epithelbildungen von graulich-weisslicher Färbung sind. — Die Papillen erheben sich an den gesunden Schleimhautflächen als bläulichrothe Punkte, von denen namentlich zwei stärker hervorragende und hypertroph. Papillen ins Auge fallen. An der unteren Zungenfläche ein hanfkorngrosses flaches Geschwür.

Die Zunge erscheint dermassen eigenthümlich verändert und zeigt dem Aussehen nach einige Aehnlichkeit mit dem Bilde einer Landkarte, auf welcher die Bodenerhebungen und Vertiefungen durch verschiedene Farbennuancen deutlich markirt sind.

An der rechtsseitigen Schleimhautpartie der Mundhöhle bloss einzelne unregelmässige weisse Flecke, linkerseits ist jedoch die Schleimhaut in grosser Ausdehnung durch weissliche Auflagerungen und Infiltrationen verändert, so dass diese Stelle der Mundhöhle wie verfärbt erscheint, welche Veränderung sich vom inneren Rande der Mundwinkel bis nahe zur Zahnfleischgrenze erstreckt. Das Lippenroth beider Lippen ist vollkommen intact.

Die Mundhöhlenerkrankung führt selbstverständlich viele unangenehme Zufälle mit sich, die Bewegungen der Zunge sind ungemein schmerzhaft, wodurch die Nahrungsaufnahme blos auf den Genuss kühler flüssiger Nährstoffe beschränkt ist; compact geformte Nahrungsmittel vermag Patientin nur schwer zu nehmen.

Die pathologische Veränderung der Mundhöhle ist jedoch nur eine Theilerscheinung einer Affection der Schleimhäute, welche in analoger Weise noch an den Genitalien sich vorfindet. Die Untersuchung lehrte nämlich, dass an den grossen Schamlippen die Schleimhaut stellenweise vom Epithel entblösst ist und dass neben den dunkelrothen Abschürfungen einzelne weisse verdickte Epithelauflagerungen sich vorfinden, die kleinen Lippen rechts und links bis zum Scheideneingange gleicherweise verändert, und neben schärfer umschriebenen seichten Geschwürchen ähnliche Excoriationen, einzelne Plaquebildungen. — Die Scheidenschleimhaut sondert ein rahmähnliches Secret ab, ist sehr empfindlich und schmerzhaft und gestattet demgemäss keine Spiegeluntersuchung, um von dem Verhalten der Gebärmutter Kenntniss zu erlangen. Der übrige Körper ist gesund und bietet keine Veranlassung, das Vorhandensein einer constitutionellen Krankheit annehmen zu lassen.

Pat. war ob dieser angeführten Erkrankung früher viele Monate hindurch einer antisyphilitischen Kur unterworfen gewesen und nament-

lich scheint, wie Patientin vermuthet, unter dem Gebrauche der Schmierkur eine auffällige Verschlimmerung des Uebels sich eingestellt zu haben. Trotzdem wurden weiters Sublimatpillen, Zittmann'sches Decoct und Jodkali lange Zeit gebraucht und erst nach Wahrnehmung der Nutzlosigkeit all' dieser Kurmethoden wurde mit der antisyphilitischen Behandlung aufgelassen. Zur Ergänzung bemerke ich noch, dass Pat. Lapisätzungen und Jodkali-Mundwässer in fleissiger Verwendung benützte. Wenn nicht die diesbezügliche Erfahrung zur Feststellung einer Diagnose gedient hätte, so boten der mitgetheilte Krankheitsverlauf und die von anderen Aerzten nutzlos in Anwendung gezogene Therapie mir Anhaltspunkte genug, um das Uebel seiner Wesenheit nach zu beurtheilen und ganz entschieden die Annahme festzustellen, dass man es hier mit keinem specifischen Uebel zu thun habe. — Die von mir vorgeschlagene Therapie beschränkte sich auf die anhaltende Benützung von Mundwässern (Natri carbonici 1,0, Aqu. destill. 200,0, Trae. laudani 5,0) und dem innerlichen Gebrauch von Roborantien, was insoferne von vorzüglicher Wirkung erschien, als bei Pat. nach Verlauf von 5—6 Wochen eine neue Epithelbildung an den excoriirten Stellen sich einstellte, ohne dass jedoch bis dahin die weissen Plaques eine Neigung zur Rückbildung zeigten. Das subjective Befinden der Kranken hatte jedoch gewonnen, indem mit der Besserung des Zungenübels Essen und Sprechen wieder ganz anstandslos vor sich gingen. — Wegen der Plaquebildung an den Genitalien liess ich theils Bleiwässer zu Umschlägen gebrauchen, theils Sodabäder mit gleich günstigem Erfolge in Anwendung ziehen, Tannineinspritzungen hatten auch auf den Fluor selbst einen beschränkenden Einfluss. — Patientin, die ich häufiger zu sehen Gelegenheit hatte, kam vor einigen Wochen wieder zu mir, wo ich auch die Plaquebildung wieder in ganz unverändertem Zustande gefunden habe.

XIV. Leucoplakia buccalis et labialis diffusa.

(Tafel IX.)

B. A. Steuereinnehmer, 55 Jahre alt, mässiger Raucher, leidet seit acht Jahren an Epithelverdickungen der Mundhöhle und der Lippen. — An der Oberlippe die von einem starken Schnurrbarte bedeckt ist, findet man eine compacte weisse, und das Lippenroth grösstentheils bedeckende Auflagerung, während der normal gebliebene Rest der Lippenschleimhaut eine dunkelrothe Farbe

zeigt; das Epithel der Lippe zeigt sich hier sogar auffällig zart und fein; die innere und bis an's Zahnfleisch reichende Fläche der Lippen gleichfalls von einer compacten weisslichen Auflagerung bedeckt. Die Unterlippe weist an ihrem linksseitigen Viertheil einen normal gefärbten Schleimhauttheil auf, der von dem Mundwinkel aus zur Mitte der Lippe hin in einem spitzen Winkel endigend, von einer ähnlichen Auflagerung begrenzt wird, wie sie an der Oberlippe besteht, und die den übrigen grösseren Theil der Lippe bedeckt. Die Auflagerung ist von ziemlicher Härte und Intensität und geht nach abwärts, dem Unterkiefer zu, in eine flache Narbenbildung über, die von einer auf operativem Wege entfernten Geschwulst zurückgeblieben ist. (Leider konnte ich keinen Aufschluss erlangen, ob dieses früher bestandene Gebilde, gut- oder bösartiger Natur war.)

Die verhärteten Epithellagen sind nicht schmerzhaft, während die Schleimhaut der nach oben und unten normal erscheinenden Lippenpartien so empfindlich ist, dass Patient die Einwirkung der äusseren Luft nicht verträgt, und zur Bekämpfung der anhaltenden Schmerzhaftigkeit die Lippentheile mit einem dünnen Kautschukplättchen, welches den Schmerz am besten beschwichtigt, hermetisch bedeckt hält.

Die Schleimhaut der Mundhöhle beiderseits vom Mundwinkel bis zum Kieferast von weisslichen, breiten, unregelmässigen Plaques bedeckt, die von normalen Partien umgeben, ohne scharfe Begrenzung in dieselbe übergehen. Die Zunge ist hier im Gegensatz zu allen bisher beobachteten Fällen vollkommen gesund, und deren Schleimhaut zeigt nicht die geringste Abweichung von der Norm.

Die Ursache der Erkrankung ist vollkommen dunkel, Pat. war nie syphilitisch, ist kein starker Raucher, und gibt betreff der Entstehung des Uebels wie bemerkt an, dass es sich vor etwa acht Jahren zu entwickeln begonnen, demnach einige Jahre früher als die Neubildung an dem Kinn entstand. (Letzteres Uebel habe drei Jahre lang bestanden und wurde, nachdem es die Grösse einer Haselnuss überschritten, wegen angeblicher Bösartigkeit exstirpirt.)

Ich hatte den Pat. das erste Mal im August 1876 und die darauffolgenden Monate häufig gesehen, und trotz mehrfacher erweichender Salben und Bähungen mit verschiedenen Mitteln war eine anhaltende Lösung der Epithelschwarten schwer zu erreichen. Die Epithellagen an der Mundhöhlenschleimhaut wollten trotz mehr-

facher Versuche, selbe zur Erweichung und zum Schwinden zu bringen, bisher sich nicht involviren.

XV. Leucoplakia lingualis diffusa.

B. Gy., Ingenieur, 28 Jahre alt, hatte vor 10 Jahren an einem acht Wochen andauernden (indurirt.) Geschwür gelitten, das örtlich behandelt, innerhalb der folgenden zwei Jahre keine Zeichen einer nachfolgenden constitutionellen Erkrankung dargeboten haben soll (!). Im Jahre 1869, also zwei Jahre nach Ablauf des venerischen Geschwürs, erkrankte Patient in Zürich, wo er sich seiner Studien halber aufhielt, an einer hartnäckigen Halsentzündung, die für eine specifische Erkrankung gehalten, durch Touchirungen mit Lapis und unterstützt von einer Schmierkur innerhalb 5—6 Wochen zur Heilung gelangte. — Seither war Herr B. nicht wieder krank und es zeigten sich auch keinerlei Anhaltspunkte oder sonstige Erscheinungen, die auf eine etwa vorhandene Syphilis denken liessen. Im Jahre 1871 kehrte Betreffender nach Ungarn zurück, wo er alsbald bei Eisenbahnbauten beschäftigt, in Unter-Ungarn (Alföld) durch einige Jahre lebte. Seine Thätigkeit führte ihn häufig in solche Gegenden, wo der an starkes Rauchen gewöhnte junge Mann sich diesen Genuss versagen musste, und er hatte sich in Ermangelung anderer Behelfe an das Tabakkauen gewöhnt, was selbem bald so zusagte, dass er selbes, als er unter günstigen Verhältnissen sich befand, noch fortzusetzen pflegte. — Im Laufe des Jahres 1872 traten zuerst einzelne umschriebene Excoriationen an der Zungenspitze auf, die sich nach kurzem Bestande mit einer weissen Epithellage bedeckten. Einige Zeit später entstanden ähnliche durch weisse Flecke und Epithelverdickungen ausgezeichnete Veränderungen an übrigen Stellen der Zungenoberfläche, die den Patienten, der den ersten diesfälligen Erscheinungen keine Bedeutung beilegte, veranlasste, sich nun um ärztliche Hilfe zu kümmern, Pat. consultirte im Jahre 1874 Prf. Z., welcher gestützt auf die klinischen Momente und die vom Pat. berichtete Anamnese, eine Jodkur verordnete, die Pat. gewissenhaft durch einige Monate gebrauchte. Nachdem auf diese Medication sich keine Veränderung einstellen wollte, wendete sich Pat. noch an andere Aerzte, auf deren Anordnung Sublimat und Protojoduret in Pillenform durch längere Zeit in Verwendung kamen, und Chlorkaliwasser durch die ganze Dauer der Erkrankung in Gebrauch gezogen wurde. Nachdem eine fast zwei Jahre

hindurch fortgesetzte und nur mit geringen Pausen unterbrochene Behandlung sich resultatlos zeigte, gab Pat. jede weitere, gegen das Zungenübel gerichtete Behandlung auf.

Im October 1876 kam Patient zu mir, und ich konnte folgenden Befund constatiren: Die Zunge ist fast zu zwei Drittheilen, u. z. von der Spitze an bis über deren Mitte hinaus zu einer weisslichen, die Schleimhaut total verändernden Schichte umgewandelt, ähnlich dem in der Abbildung Nr. 2 angegebenen Befunde. Doch zeigt derselbe weder eine Infiltration noch eine eigentliche die Schleimhaut bedeckende Auflagerung, selbst die Palpation vermag keine besondere Abweichung in dem Gewebe der Zunge nachzuweisen. Die Zungenoberfläche ist glänzend und bläulich weiss, Excoriationen oder Geschwürsbildungen sind nirgends vorhanden. Die an den Zungenrändern auslaufenden Grenzen der Schleimhautumwandlung sind durch eine ziemlich scharfe Demarcationslinie gegen die normale Schleimhaut hin gekennzeichnet. — Der Zungenrand selbst zum Theil sowie die untere Fläche der Zunge gesund, die Schleimhaut der Mundhöhle gleichfalls.

Die angeführten anamnestischen Momente liessen die Wahrscheinlichkeit zu, dass die ganze Erkrankung sich auf syphilitischem Boden entwickelt hatte, das Uebel selbst konnte jedoch nicht mehr als ein blos specifisches betrachtet werden, und die Annahme war viel gerechtfertigter im vorliegenden Falle eine idiopathische Erkrankung anzunehmen, die wahrscheinlich durch das Tabakrauchen entstanden war. — Pat. war von anhaltenden Schmerzempfindungen nicht frei, und wenngleich die Schleimhaut nicht entblösst erschien, so hatte doch Pat. bei scharf gewürzten Speisen oder Genuss starker Cigarren eine ziemlich starke Empfindlichkeit wahrgenommen. — Die von mir vorgeschlagene Behandlung bestehend in der Verordnung einer Sodalösung mit Zusatz von Opiumtropfen als Mundwasser hatte dem Pat. grosse Erleichterung verschafft, der fleissige Gebrauch der Solution hatte in den letzten Monaten eine sichtbare Abnahme der epithelialen Veränderung der Zungenoberfläche zur Folge.

XVI. Leucoplakia lingualis sparsa.

N. v. E. 46 Jahre alt, Lantagsabgeordneter, kam Ende Februar 1877 in meine Ordination, mit einer in den früher geschilderten Fällen analogen, durch Epithelverfärbung charakterisirten Zungener-

krankung, die vor etwa drei Jahren sich entwickelt hatte; die Zungenplaques bestanden nicht aus verdickten, sondern bloss aus wenig über die Oberfläche der Schleimhaut hervorragenden Epithelbildungen, die Papillen rings um die Plaques und selbst innerhalb derselben stärker entwickelt, wodurch die ganze Oberfläche stellenweise ein rauhes Aussehen erhielt.

Betreff der Anamnese konnten keinerlei auf Syphilis bezughabenden Antecedentien constatirt werden. Pat. war früher ein starker Raucher, doch hatte er in den letzten Jahren diese Gewohnheit ziemlich abgelegt. Zwei Jahre lang hatte das Zungenübel keinerlei Beschwerden verursacht, doch in der letzten Zeit stellten sich letztere häufig ein, so dass Pat. sich nach ärztlicher Hilfe umsah. Das Uebel wurde für ein specifisches gehalten und demgemäss auch antisyphilitische Mittel verordnet, doch Pat. wollte sich bishin diesen Anordnungen nicht fügen. Ich klärte denselben über das Wesen seines Leidens auf, und indem ich von jeder eingreifenden Kur abrieth, beschränkte ich mich nur auf die Empfehlung einer localen Behandlung. Ueber den weiteren Verlauf des Zustandes habe ich in letzterer Zeit keine Nachrichten erhalten, nur als ich ihn kurze Zeit nach dem ersten Besuche wieder sah, habe ich auf den anhaltenden Gebrauch eines alkalischen Wassers und die Unterlassung des Cigarrengenusses, eine geringere Abnahme der weisslichen Verfärbungen wahrnehmen können.

XVII. Leucoplakia lingualis.

Der Fall betraf den 23 Jahre alten Mediciner S. J., der seit vier Jahren an einer ähnlichen wie in den früheren Krankengeschichten beschriebenen, umschriebenen Plaquebildung an der Zungenoberfläche litt. Die Epithelveränderung betraf die Zungenspitze und den rechten Theil der Zunge, wo drei bohnengrosse weisse Plaques sassen, die vor mehreren Jahren entstanden und seit etwa einem Jahre stationär geblieben waren. Pat. gab als einzige unangenehme Erscheinung seines Uebels eine bedeutende Trockenheit im Gaumen an, die in den Morgenstunden besonders lästig ist, stärkere Speichelabsonderung ist auch im Laufe des Tages nicht vorhanden. Als anamnestische Momente mussten starkes Rauchen oder etwaige Syphilis in diesem Falle vollkommen ausgeschlossen werden, und das Entstehen der Epithelveränderung war in diesem Falle ebenso dunkel als in manchen anderen.

Der Kranke stellte sich Anfangs Mai 1877 vor, wo ich nur die genannte Erkrankung constatiren konnte. Selber ist übrigens ganz gesunden Aussehens und hat bisher keine Therapie gegen sein Zungenübel unternommen.

XVIII. Leucoplakia linguae et buccae, Carcinoma epitheliale.

N. v. N. ein 42 Jahre alter Staatsbeamter, hatte vor 18 Jahren an secundären syphilitischen Affectionen gelitten, die sowohl auf der allgemeinen Decke, als auch an der Rachenschleimhaut in ziemlich hartnäckiger Weise bestanden. Die Erkrankung der letzteren war namentlich eine langwierige, und Pat. war zwei bis drei Jahre hindurch von häufigen Nachschüben befallen, die selber jedoch einer länger dauernden Schmierkur zuschrieb. Selbst nach anscheinend getilgter Syphilis blieb eine ziemliche Empfindlichkeit der Rachenschleimhaut zurück und die selbe soll nach stärkerem Cigarrengenuss oder durch scharfe Getränke sich in Form mässiger Angina, leichter Erosionen und anhaltender Erytheme leicht verschlimmert haben. Zehn Jahre nach acquirirter primärer Affection war Pat. vollkommen gesund. Nach einem fünf- bis sechsjährigen Intervalle eines steten Wohlbefindens traten an Wangen- und Zungenschleimhaut weisse Verfärbungen auf, die in langsamer Entwicklung mit stellenweiser Verdickung des Epithels endigten. Pat. hatte diesem Zustande, da er ganz ohne Beschwerden war, keine Beachtung geschenkt, bis sich endlich im März 1876 aus einem central gelegenen Zungenplaque eine von der Spitze der Zunge beginnende und das vordere Drittel derselben occupirende bohnengrosse Anschwellung gezeigt haben soll. Er wurde deshalb mit Lapis und innerlich mit Jodkali durch längere Zeit behandelt, was jedoch gegen das Fortschreiten des Uebels sich vollkommen nutzlos zeigte, indem die umschriebene Anschwellung sich allmälig zu einer geschwürigen Fläche umbildete. — Pat. ging im Herbst dieses Jahres nach Lindewiese, und hat während der Hunger- und Wasserkur daselbst, nur eine weitere Verschlimmerung erfahren. Am 10. Mai 1877, also $^3/_4$ Jahre nach eingetretener Zungenulceration sah ich Pat. zum ersten Male. Der Status war folgender: Das vordere Drittel der Zunge fehlend, an der breiten und die Zunge zu einem rhomboiden Gebilde umgestaltenden Endpartie eine ausgebreitete, Eiter secernirende, von aufgeworfenen Rändern begrenzte Geschwürsfläche. Der rechte

Zungenrand in der Mitte eingebuchtet, an dieser Stelle ein in die Substanz der Zunge eingreifendes Geschwür, dessen eingekerbte Ränder gegen die hintere Zungenpartie hinziehend eine kraterförmige Vertiefung begrenzen, von gleichem Aussehen wie das Geschwür des Zungenendes. Der die kranken Stellen umgebende Zungentheil von gesundem Aeussern, mässig geschwellt. — Pat. hat anhaltende Schmerzen, kann kaum essen, spricht ungemein schwer, muss anhaltend spucken, sondert einen dicken, fadenziehenden Speichel ab, und verbringt qualvolle Tage und Nächte. Das Aussehen des Kranken ziemlich herabgekommen, und die Submaxillardrüsen ein wenig infiltrirt, Nackendrüsen gesund. Weisse Plaques an der Zunge sind nirgends zu sehen, nur die Unterlippe zeigt einige bläuliche Flecke, der linke Mundwinkel eine ziemlich derbe weisse Auflagerung, die nicht schmerzhaft ist. — Unter den angegebenen Umständen ist von einem operativen Eingriffe wohl nicht viel zu erwarten, trotzdem wies ich den Kranken an, zur Linderung seines jetzigen Zustandes, den carcinomatösen Zungentheil auf operativem Wege entfernen zu lassen. Ueber den ferneren Verlauf des Zustandes habe ich nichts Näheres erfahren.

XIX. Leucoplakia palati duri, Carcinoma process. alveolaris.

S. A. 23 Jahre alt, Kaufmann, von blühender Gesichtsfarbe, stets gesund und nie syphilitisch erkrankt, hat bis zu seinem jetzigen Leiden keinerlei Affection der Mundhöhlenschleimhaut wahrgenommen, und sich ausser anhaltendem und starkem Cigarrengenusse keinerlei directen Schädlichkeit ausgesetzt. Vor etwa einem Jahre machte Pat. die Wahrnehmung, dass bei Genuss scharfer Speisen und beim Rauchen Schmerzen im Gaumen auftreten. In der ersten Zeit hatte er diese Empfindung nicht berücksichtigt, als jedoch die Schmerzhaftigkeit eine anhaltende und intensivere wurde, wandte er sich um ärztliche Hilfe, wobei man theils durch antisyphilitische Behandlung theils durch locale Cauterisationen eine Besserung anzustreben suchte, jedoch ohne Erfolg.

Am 20. Mai 1877 stellte sich Pat. bei mir vor, und ich konnte folgenden Status aufnehmen: Der harte Gaumen rechterseits von weisslichen, die Schleimhaut umwandelnden Verfärbungen grösstentheils verändert, die Schleimhaut ist nur an der Uebergangsfläche zum weichen Gaumen hin normal gefärbt und

geht das normale Aussehen allmälig seitlich und vorn in die verfärbte Partie über. Die linke Gaumenhälfte, in ganzer Ausdehnung erkrankt, ist von dem weisslich-blau verfärbten rechtsseitigen Gaumentheil durch einen erhabenen verdickten Wulst getrennt. Die Erkrankung dieser Partie besteht in einer mässigen Verdickung und Schwellung der Schleimhaut von tiefdunkler Röthe, welche sich über Gaumenhälfte und Oberkiefer, (der theils von Zähnen entblösst ist, theils noch einige Zahnstumpfen enthält) bis an den hinteren Rand desselben und weiter nach aussen hin zur Wangenschleimhautfalte des Zahnfleisches erstreckt. Die ganze Fläche ist bei Druck mässig schmerzhaft. Längs des Kieferrandes ist die geschwellte und entzündete Schleimhaut stellenweise hügelig gewölbt, die einzelnen Hügel succulent und schwammiger Construction; von einer weissen Verfärbung, die durch den erwähnten, die Raphe des Gaumens bildenden unregelmässigen Wulst vollkommen localisirt ist, findet man an der linken Gaumenpartie keine Spur und Pat. weiss über das Entstehen der weissen Plaques keinen Aufschluss zu geben. Die histologische Untersuchung eines Theiles der kranken Stelle ergab nach dem Berichte des klinischen Assistenten Dr. Dollinger das Vorhandensein eines Epithelialcarcinoms. — Ob dem Carcinome weisse Plaques vorangingen oder nicht, ist aus der mangelnden Beobachtung von Seite des Pat. nicht zu erfahren, die Leucoplakie der rechten Gaumenhälfte spricht wohl für diese Annahme. Möglich indess, dass das Carcinom hier wie gewöhnlich bei den Carcinomen des Kiefers, aus der die Kieferhöhle auskleidenden Membran sich entwickelt hatte. Pat. ging behufs einer Operation zu Prof. Billroth.

XX. Leucoplakia buccalis, Syphilis papulosa cutanea.

M. J., 28 Jahre alt, Postbeamter aus Temesvár, kam Anfangs Juni 1877 zur Beobachtung. Der Fall bot insoferne ein besonderes Interesse, als sich Leucoplakie unabhängig von einem Syphilide der Haut vorfindet. An der rechten Wange hatte sich nämlich schon vor sieben Jahren eine starke Plaquebildung entwickelt, die seit jener Zeit in unveränderter Gestalt fortbesteht. Man findet eine von dem Mundwinkel beginnende bis in die Gegend des zweiten Mahlzahnes reichende, dicke, feste Epithelschwarte, von intensiv weisser Färbung an den centralen Stellen, während die bläulich-weissen Ränder der Auflagerung in die normale Wangenschleimhaut sich all-

mälig verlieren. Auf der Zungenschleimhaut zwei linsengrosse Plaques, die im September verflossenen Jahres entstanden, eine geringe Epithelverdickung bilden, die nach Angabe des Pat. mitunter blässer sind, und dann wieder stärker gefärbt erscheinen. Im Februar dies. J. acquirirte Patient, der bisher vollkommen syphilisfrei war, ein indurirtes Geschwür mit nachfolgender Roseola. die von seinem Arzte alsbald mit einer Einreibungskur bekämpft wurde, trotzdem kam es zu weiteren Exanthemen und die Untersuchung des Körpers lehrt heute noch das Bestehen eines papulösen Syphilides. Die genaue Durchforschung und Untersuchung des Falles ergab demnach das Vorhandensein einer idiopathischen Mundschleimhauterkrankung früheren, und einer syphilitischen Allgemeinerkrankung späteren Datums. — Die Schleimhaut des Rachens ist vollkommen frei, und zeigt keine verdächtige Röthe oder Geschwürsbildung oder sonst eine Epitheltrübung. Die früher gebrauchte Schmierkur, die eine bestehende Roseola zum Schwinden gebracht hatte, war auf die erwähnte Schleimhautaffection ganz ohne Einwirkung, hatte aber auch auf die Entwicklung des papulösen Leidens der Haut, wie es sich zeigte, keinen hindernden Einfluss. — Es handelte sich nun in diesem Falle die Syphilis zum Schwinden zu bringen und ich zögerte nicht, nochmals die Schmierkur und wegen des Mundleidens Chlorkali-Mundwasser aus doppelten Gründen zu empfehlen. Leider habe ich bis jetzt von dem Kranken, der nach der Consultation nach Hause gereist war, keine nähere Nachricht erfahren.

(Schluss im nächsten Hefte.)

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Dermatologie.

1. **Mojsisovics**: Ueber die Nervenendigung in der Epidermis der Säuger. (Wiener akad. Sitzungsber. LXXI. 3. S. p. 242, 1876.)
2. **Schulin.** Beiträge zur Histologie der Haare. (Zeitschr. f. Anat. und Entwicklungsgesch. II. — Sitzungsber. d. Ges. z. Beförd. d. gesammt. Naturwiss. zu Marburg. Nr. 7, 1876; — Centralbl. f. d. m. W. 1877).
3. **Lomikoffski**: Zur Aetiologie der Erkrankung innerer Organe bei Thieren nach Verlust der Hautperspiration. (Med. Westnik. 1877. I. (russisch.) Centralbl. f. Chirurg. Nr. 19, 1877.)
4. **Iljinsky**: 1. Zur Frage der Hauttransplantation. 2. Die Transplantation von Thierhaut auf granulirende Wundflächen des Menschen. (Protokolle d. k. med. Gesellschaft im Kaukasus Nr. 2. 1876. — Centralbl. f. Chirurgie Nr. 2. 1877.)
5. **Köbner.** Ueber Arznei-Exantheme, insbesondere über Chinin-Exanthem. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22, 1877).
6. **Bulkley.** Ueber Arsenik bei Hautkrankheiten. (New-Yorker med. Journ. Aug. 1876.)

v. Mojsisovics stellte (**1**) Untersuchungen über die Nervenenden in der Säugethierhaut am Rüssel des Hausschweines an, welcher mit einer am Rande vorspringenden Endscheibe versehen ist, die von der Nasenspitze gebildet und durch einen besonderen Rüsselknochen gestützt wird. Die obere Partie dieser Endscheibe ist fast völlig nackt, die Epidermis auffallend verdickt. Die mikroskopische Untersuchung ergibt, dass gerade diese Partien ganz ausserordentlich nervenreich sind. Aus der Cutis (theils aus, theils zwischen den Cutispapillen)

treten die Nervenfasern in die Epidermis über, innerhalb deren sie in leichten Schlangenwindungen und unter fortgesetzter dichotomischer Theilung gegen die Oberfläche ziehen. Die letzten sehr feinen und varicösen Nervenfäserchen lassen sich bis ganz nahe an die Haarschichten der Epidermis verfolgen. Anastomosen zwischen ihnen scheinen nicht vorzukommen. Sie verlaufen ausschliesslich zwischen den Zellen der Epidermis; ihre in verschiedener Höhe, theils noch in der Malpighi'schen Schicht, theils an der äussersten Grenze des Stratum lucidum befindlichen kölbchenartigen Endanschwellungen, welche den von Cohnheim am Hornhautepithel beschriebenen ähnlich sind, sind gleichfalls stets zwischen den Zellen gelegen.

Einen ganz gleichen Modus der Nervenendigung fand Verf. an den Tasthaaren der Schnauze des Maulwurfes und der Maus, wo die Endanschwellungen in der dem Rete Malpighi entsprechenden äusseren Wurzelscheide gelegen sind. Den von Langerhans beschriebenen Modus der Nervenendigung in besonderen sternförmigen Körperchen hat Verf. niemals beobachtet.

Nach dem Verf. soll den Tastkörperchen die besondere Function zukommen, die Distanz zweier Punkte wahrzunehmen, den beschriebenen zarten Endigungen der Hautnerven in der Epidermis, die Empfindlichkeit der Haut für das Getast überhaupt hervorzubringen.

Schulin spricht sich (2) für die Entstehung der ersten Haaranlage in einem soliden Fortsatz der Malpighi'schen Schicht aus, welcher sich aber nicht in toto zu den einzelnen Schichten der Haaranlage differenzirt, sondern in welchem sich das Haar von unten auf entwickelt. Der Haarschwund leitet sich ein mit einer Veränderung des Haares selbst, welche darin besteht, dass weitaus in den meisten Fällen zunächst das Pigment in der Haarzwiebel schwindet und das untere Ende des Haares eine streifige Beschaffenheit annimmt. Die streifige Zone geht allmälig über in eine solche, wo sich längliche Zellen mit Kernen finden und an diese schliessen sich dann die auf der Papille befindlichen, dem Rete Malpighii entsprechenden, jungen Epithelien an. Die innere Wurzelscheide hört als solche etwas über der Gegend auf zu existiren, wo die länglichen Zellen anfangen; ihr Keimlager schwindet indessen nicht, sondern verschmälert sich nur und vereinigt sich seitlich einerseits mit der die Fortsetzung der äusseren Wurzelscheide darstellenden einfachen Reihe kleiner Zellen

und andererseits mit dem Keimlager des Haares. Wie das Haar bei seiner Entwicklung sich von seinen Scheiden dadurch differenzirt, dass ein ungleichmässiges Wachsthum in den verschiedenen Theilen des ursprünglich durchwegs gleichartigen Epithelcylinders eintritt, so sucht Vf. den Beginn des Haarschwundes darin, dass die Wachsthumsenergie in Allem, was von dem primären Epithelkegel stammt, von unten anfangend, wieder eine gleich starke resp. gleich schwache wird, und dadurch das Haar mit seinen Wurzelscheiden von unten herauf wieder verschmilzt. Die ganze die Papille umkleidende Epithelkappe beginnt gleichzeitig zu atrophiren; die Papille selbst bleibt zunächst vollständig intact, höchstens ihre Grösse vermindert sich. Später wird aus der schmalen Einschnürung am Grunde des Haares ein langer unverhornter Epithelialcylinder, der sich nach unten in das Rete Malpighii der Haarpapille, nach oben in das Zelllager fortsetzt, welches das Haar liefert. Die Papille ist noch immer vorhanden. Ihre Epithelialkappe ist verschmälert und unverhornt. Der Verbindungsstrang zwischen Papille und Haar besteht aus Zellen der Schleimschicht. Das Haar selbst geht neue Verbindungen ein, indem von dem oberen Ende jedes Epithelcylinders aus die äussere Wurzelscheide ihre nunmehr verhornenden Zellen radiär zusammentreten und in das Haar übergehen lässt. Das Haar wächst jetzt nicht mehr durch Wucherung und Verhornung der Rete-Zellen der Haarpapille, sondern durch denselben Vorgang Seitens einer bestimmten Strecke des Haarbalges und zwar einer Strecke, welche wandert. Anfangs besteht sie aus der Papille und deren nächster Umgebung, dann treten immer höher gelegene Theile der äusseren Wurzelscheide in Thätigkeit. Das schiebende Moment hierfür sucht Sch. in der Opposition Seitens des Keimlagers. Alsbald erleidet der Epithelcylinder zwischen dem unteren zerfaserten Ende des Haares und der Papille eine von dem Hinaufrücken der letzteren begleitete Verkürzung. Die Papille setzt sich dabei nach unten in einen in der Verlängerung des Haares liegenden bindegewebigen Fortsatz fort. Die Verkürzung des Haarbalges erfolgt nicht durch ein Zusammenwachsen der Wände, sondern durch ein Hinaufrücken der Papille. Die Papille kann bis ziemlich nahe an die Einmündungsstellen der Talgdrüsen hinaufrücken. In sehr hohen Stadien des Haarschwundes macht sich der ursprüngliche Haarbalg noch in einem soliden, der hypertrophischen Talgdrüse anhängenden Epithelzapfen kenntlich. Der Haarwechsel beginnt mit atrophischen Veränder-

ungen der Haarzwiebel, worauf vom Grunde des alten Haares sich ein Epithelfortsatz nach unten begibt, aus dem sich auf einer neugebildeten Papille ein neues Haar entwickelt. Bisweilen treten (wie schon Werthheim gezeigt hat A.) 2 bis 3 bis 6 Haare aus einem solchen Epithelfortsatze hervor (zu congruenten Resultaten betreffs des Haarwechsels kam auch Esoff; siehe weiter unten A.).

Lemikoffski (**3**) gelangt durch eine Reihe von Versuchen zu dem Schluss, dass die bisher üblichen Erklärungsweisen der Erkrankung innerer Organe nach Verlust der Hautperspiration (Stockvis, Lang, Feinberg, Sokoloff) ungenügende seien, und dass der einzige Grund für diese Erscheinung in der vermehrten Wärmeabgabe zu suchen sei; somit wäre die Annahme einer im Blute der lackirten Thiere auftretenden giftigen Substanz als Erklärungsgrund durchaus nicht erforderlich.

Iljinsky (**4**) transplantirte Haut von Menschen, Hunden und Hühnern auf Geschwürsflächen. Nahm er die Hundehaut mit dem Zellgewebe zusammen, so erzielte er immer eine Verwachsung, sonst unter 10 Fällen 6 Mal. Die befestigenden Heftpflasterstreifen wurden nach 48—72 Stunden entfernt. Die verwachsenen Hautstücke wurden nie rosenroth, sondern blieben stets blass und schrumpften immer mehr ein, besonders im Dickendurchmesser. Einige beigefügte Krankheitsgeschichten zeigen, entsprechend allen bisherigen Erfahrungen, dass mit Transplantation behandelte Geschwüre rasch vernarbten, und dass die Narben glatt und beweglich erschienen.

Köbner behandelt in einer sehr lehrreichen Schrift (**5**) die Arznei-Exantheme, insbesondere das Chininexanthem. Von letzterem führt er zwei Fälle aus eigener Beobachtung an:

I. Im November 1876 litt die Aebtissin eines Nonnenklosters in Meran seit einigen Tagen an Bronchitis, nahm Chininpulver (6 Pulver zu 0·1) mit etwas Digitalis. Davon wurde nur eines gebraucht, aber schon nach 2 Stunden traten starker Schüttelfrost, eine Stunde später Erstickungsangst, Uebelkeiten und endlich Erbrechen von etwas Schleim und bei alledem heftige anhaltende Kopfschmerzen, hierauf äusserst lästiges Brennen, vom Kopfe beginnend und binnen kurzem abwärts über den ganzen Körper sich verbreitend, ein.

Vf. fand bei der 28jährigen Patientin das Gesicht leicht gedunsen und bedeckt von einer gleichmässigen, dunklen Röthe, welche sich auch über den behaarten Kopf, die Ohren und den Hals erstreckte. Auf Druck schwand sie für einen Augenblick, um wenigstens im Gesicht einer ganz leicht gelblichen Färbung Platz zu machen, und kam alsbald wieder zum Vorschein. Die Gesichtshaut war ein wenig gespannt, namentlich in der Nasolabialgegend und um den Mund herum, heisser anzufühlen und an den Augenlidern, besonders den unteren, mässig ödematös. Die Conjunctivae palpebrarum injicirt, die Augen feuchtglänzend, Pupillen von mittlerer Weite und prompter Reaction; die Nasenschleimhaut trocken. Jene Scharlachröthe erstreckte sich ferner über die Arme, an welchen sie heller wurde und hier und da normale Hautinseln frei liess, und über die ganzen Hände, desgleichen über die Unterschenkel und Füsse in ihrer ganzen Ausdehnung, ferner über den Rumpf. Am unteren Drittel beider Oberschenkel fand Vf. die Beugeseiten normal, an den Streckseiten eine Anzahl leicht erhabener, erbsengrosser, dunkelrother, blutleer drückbarer, einzeln stehender und nirgends confluirter Papeln, deren Zwischenränme ganz normal waren und deren Epidermis bei genauerem Zusehen feine Fältchen zeigte. Puls 108, Hauttemperatur erhöht, die hintere Pharynxwand dunkelroth, von zahlreichen erweiterten Gefässen und ein wenig Schleim bedeckt.

Zur Bestätigung der Diagnose berichtete der behandelnde Arzt: Patientin, mit einem sehr kleinen Infiltrat im rechten oberen Lungenlappen behaftet, bekam vor etwa $^1/_2$ Jahren (Juni 1876) eine leicht fieberhafte Bronchitis, wogegen er verordnete: Chinin sulf. 1·50, Pulv. Doweri 1·20, Extr. Liquirit. q. s. ut f. pilul. 20; täglich 3 Stück. Nach Gebrauch von 3 Pillen trat ein heftiger Schüttelfrost, Präcordialangst, Vomituritionen und endlich Erbrechen nebst intensiven Kopfschmerzen auf, und kurz nachher brach das allgemeine Exanthem aus und dauerte volle 8 Tage, bevor es erblasste. Es war damals viel stärker als jetzt, indem es nirgends Hautstellen frei liess, sondern völlig diffus den Körper — so weit sich die Patientin beschauen liess — überzog, an manchen Partien fast lividrothe Färbung und stärkere Infiltration resp. Schwellung der Cutis zeigte. Die Temperatur stieg in den ersten Tagen auf 39·8°, der Puls auf 124, die Kopfschmerzen steigerten sich öfter bis zu Delirien. Sämmtliche Pillen wurden eingenommen, denn an der Diagnose eines schweren Scharlachs war gar

kein Zweifel, zumal da auch mehrere Tage lang starke Angina, wenn auch ohne jeden Belag, vorhanden war. Ueberdies begann gegen den 9. Tag am Gesichte die Abschuppung, welche sich ganz regelrecht über den Stamm und die Extremitäten fortsetzte und durch die enorm grossen und zahlreichen Epidermisfetzen, die sich namentlich von den Händen und Füssen bis in die 6. Woche hinein, an den Fusssohlen nach Aussage der Patientin noch etwa 3 Wochen länger abstiessen, mit der Heftigkeit des überstandenen Processes ganz übereinstimmte. Im September von neuem Bronchitis. Verordnung: 20 Pillen aus Sulfat. Chinin 1·5, Pulv. folior. Digit. purp., Pulv. Doweri ana 0·7, Extr. Trifol. fibrin. q. s., täglich 3 Pillen.

Nach 2 Pillen brach zu nicht geringem Staunen wieder dasselbe Exanthem mit allen genannten vorangehenden und begleitenden Symptomen aus. Diesmal wurde wegen des kurzen Intervalls die Scharlachnatur etwas zweifelhaft, und die Pillen ausgesetzt. Der Krankheitsverlauf war viel kürzer und milder als das erste Mal. Schon am 5. Tage begann die lamellöse Abschuppung, welche in ungefähr 3 Wochen grösstentheils beendigt war. Dass es sich in diesem Falle nicht um eine Wirkung der Digitalis, sondern des Chinins gehandelt habe, zeigt die ziffermässige Recapitulation der Dauer des jedesmaligen Verlaufes, verglichen mit den eingenommenen Chininmengen. Im Juni nach 0·225 Chinin (3 Pillen zu je 0·075) Ausbruch des Exanthems; Floritionsdauer unter Fortgebrauch von 1·275, volle 8 Tage; Dauer der Abschuppung 6 Wochen, an den Fusssohlen sogar bis in die 9. Woche. Dem entsprechend höchstes und anhaltendstes Fieber und schwerste Prostratio virium. Im September nach 0·15 Chinin (2mal 0·075): Exanthem, Florition 4 Tage, Abschuppung vom 5. Tage an. Verlauf kürzer und viel milder. Im November nach 0·1 Chinin: Exanthem, Florition etwa $2^1/_2$ Tage, Abschuppung vom 3. beginnend, binnen 14 Tagen beendet. Kürzester und mildester Verlauf.

II. Dr. X., prakt. Arzt in Breslau, 31 Jahre alt, erkrankte im Herbst 1868 an einer rechtsseitigen Gesichtsneuralgie, die durch eine Morphium-Injection aufhörte. Den dritten Tag in der Mittagsstunde merkte er Wiederbeginn der Neuralgie und nahm 1 Grm. Chinin sulf. auf einmal, später abermals eine Morphium-Injection. Gegen Abend schwoll das Gesicht vollständig an, und am ganzen Körper zeigte sich ein rother, scharlachähnlicher Ausschlag, dabei starkes Fieber mit

Schüttelfrost und Delirien. Die Nacht war sehr unruhig, der Athem beklommen (Congestion nach den Lungen), so dass die beiden behandelnden Aerzte am nächsten Morgen den Beginn einer die Scarlatina begleitenden Pleuritis oder Pneumonie annahmen und 12 Schröpfköpfe auf den Rücken setzen liessen. Darauf trat Erleichterung im Athmen ein. Das Exanthem hielt etwa 4 Tage an, dann schwoll das Gesicht ab und an ihm sowie an den Handtellern und Fusssohlen stellte sich Abschuppung ein. Erst 3 Wochen nach dieser Erkrankung konnte er wieder prakticiren.

Vf. erörtert nun die Literatur und weist besonders auf 4 ähnliche Fälle im Brit. med. Journ. (1869 und 1870) hin, bespricht die Differentialdiagnose von Scharlach, weiter als Behelf für die Diagnose die Aufsuchung des Chinins im Harne durch Polarisation (Herapath) oder durch Fluorescenz (Kerner). Hierauf führt der Vf. noch eine Reihe von Stoffen an, welche ähnliche Ausschläge wie Chinin hervorbringen und zwar: Strychnin (in dem vierten Falle des Brit. med. J.), Chloralhydrat (Stiller in Pest), Digitalis (Traube). Was die letztere betrifft, trat das Exanthem erst mehrere Tage (4 bis 5) nach Fortlassung der Digitalis auf, während die Temperatur und der Puls schon viel früher auf ihr Minimum gesunken waren. Ferner ging bei Digitalis das Fieber nur in den ersten 2 Tagen mit der Entwicklung des Exanthems parallel, divergirte aber vom 3. Tage ab in der Weise, dass die Temperatur weiter anstieg, während das Exanthem schon von diesem, die Pulsfrequenz vom 5. Tage an einen Rückgang zeigte. Am 6. Tage seines Bestehens war das Exanthem fast vollständig verschwunden. Zum Schlusse spricht sich der Vf. dafür aus, dass das Chininexanthem als eine Intoxication directer Art und nicht als eine blosse Reflexneurose der Hautgefässe anzusehen sei.

(Wir machen aufmerksam, dass in letzter Zeit unabhängig vom Vf. über denselben Gegenstand noch mehrere Aufsätze erschienen sind und zwar von Dumas [London med. Record., 16. Oct. 1876], Bergeron und Proust [Ann. d'Hyg. publ. et de méd. leg., Bd. 45 und 46, ausgezogen in Revue des Sciences méd. 7. Jänner 1877], Denig [Ohio med. Recorder, März 1877 und Chicago med. Journ. und Exam. pag. 479, Mai 1877]. In allen diesen Aufsätzen werden die Symptome genau so geschildert, wie von Köbner, und wir können uns des Referates über sie entschlagen. A.)

In Bezug auf den Werth des Arsenik bei Hautkrankheiten stellt Bulkley (6) eine Reihe von Sätzen auf, aus denen wir folgende herausheben:

1. Die mittlere therapeutische Dosis ist $^1/_{24}$ Gran arseniger Säure, die geringste toxische Dosis 2 Gran.

2. In therapeutischen Dosen bringt Arsenik keine langsame Vergiftung hervor, nach jahrelangem Gebrauch summiren sich die Gaben nicht etwa zu einer lebensgefährlichen Wirkung.

3. Arsenik wird schnell durch Darm und Niere ausgeschieden, so dass der Urin nach wenigen Stunden Spuren zeigt. Zwei Wochen nach der letzten Dosis zeigt die sorgfältigste Untersuchung des todten Körpers keine Spur davon.

4. Die erste Erscheinung einer vollen Arsenikdosis ist meist Gefässüberfüllung des Gesichts und der Augen (Conjunctiva). Dies oder geringer Ekel und Diarrhöe gehen stets irgend einer wirklich schädlichen Wirkung des A. voraus.

5. Arsenik soll immer während oder gleich nach einer Mahlzeit gegeben werden, allein oder in einer bitteren Infusion.

6. Laxantia unterstützen die Wirkung.

7. Wenn Urinsediment und Zungenbelag eintreten, soll das Mittel kurze Zeit ausgesetzt und Diuretica gegeben werden. Gut ist es, in dieser Richtung den Arsenik mit einem Alkali (Kali acet., Carb. natr.) oder mit Spir. ammon. arom. zu combiniren.

8. Die besten Präparate sind der Reihe nach: Lösungen von Chlorarsen (De Valangin's Lösung z. B.), arsenigsaurem Kali, arsenigsaurem Natron (Pearson's Lösung) arsenigsaurem Ammonium (Biett's Lösung), arsenige Säure, Jodarsen (Neligan's Lösung), arsenigsaure Eisen- und Chininpräparate, vielleicht auch Chlorphosphat-Arsenik (Routh's Lösung: Rp. Ac. arsenic. 1 Gran, Phosph. $^1/_6$ Gran, Acid. hydrochlor. dil. unc. unam) und Arsenantimon in Lösung.

9. Die Arsenikdosen sollen gesteigert werden, bis physiologische Wirkungen eintreten oder die Krankheit weicht, dann können sie herabgesetzt werden.

10. Der Arsenik muss regelmässig und beharrlich fortgebraucht werden.

11. Arsenik ist von Wirkung bei arthritischen (? A.) Hautausschlägen, bei Hautkrankheiten mit nervöser Grundlage, bei Hautkrankheiten mit periodischem Auftreten z. B. intermittirender Urticaria und

solchen, die mit miasmatischen Einflüssen zusammenhängen; ferner bei Psoriasis, Eczem, Pemphigus, Acne, Lichen in geeigneten Fällen und bei Beachtung der Secretionsorgane und des allgemeinen Gesundheitszustandes; weniger verlässlich ist A. bei Lupus, Ichthyosis, Sycosis, Warzen, Epitheliom und Krebs, gänzlich unwirksam oder schädlich (? A.) bei Syphiliden, thierischen und vegetabilischen Parasiten (mit seltenen Ausnahmen), Aussatz, Elephantiasis Arabum, Purpura, Prurigo, Herpes Zoster, Scleroderma, Molluscum contagiosum und fibrosum, Keloid, Vitiligo, Naevus etc.

12. Locale Anwendung von Arsenik ist nur gestattet entweder in so geringer Stärke und Ausdehnung, dass von der Aufsaugung keine Gefahr zu befürchten ist, oder in solcher Stärke, dass das umgebende Gewebe auf einmal nekrotisch und so die Aufsaugung gehindert wird, z. B. Marsden's Präparat (Rp. Acid. arsenic. 10·0, Muc. gg. Acac. 5·0, misce f. pasta. Siehe Marsden's Abh. über die Behandlung gewisser Formen von Cancer. London 1874. A.)

7. **Halbey.** Ueber eine Scharlachepidemie in den Jahren 1872 und 1873. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16. 1877).
8. **Klein:** Pathologische Anatomie des Scharlach. (Lancet I 571, 1877).
9. **Taube:** Beitrag zur path. Anatomie der Morbillen. (Zeitschrift f. prakt. med. Nr. 23, 1876).
10. **Riedinger.** Ergotin gegen erfrorene Nasen. (Vortrag, gehalten in der 4. Sitzung des V. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin am 22. April 1876. — Arch. für klin. Chirurgie. Bd. XX, Hft. 2, 1876).
11. **Milton:** Riesen-Urticaria. (Edinb. med. Journ. CCLVIII. S. 513. — Centralbl. Nr, 20, 1877.)
12. **Bronson.** Ueber gewisse im Sommer 1876 in Amerika vorwaltende Hautkrankheiten (Hitzausschläge). (Arch. of Derm. III. 2. Jänner 1877.)
13. **Cottle.** Der Einfluss der Temperatur auf die Entstehung von „Pompholix der Hand." (The Lancet Vol. I. p. 528, 1877.)
14. **Löwenstamm.** Pemphigus idiopathicus neonatorum. (Med. chir. Centralbl. Nr. 18, 1877).

15. Dohrn. Pemphigus acutus neonatorum. (Arch. f. Gynäk. X, 3, 1877.)

Halbey berichtet (7) über eine Scharlachepidemie und macht dabei auf den Unterschied zwischen der malignen Angina und der diphtheritischen Angina aufmerksam. Die äussere Erscheinung des Belages lasse zwar keinen Unterschied erkennen, dagegen aber localisire sich der Process beim Scharlach nur im Halse und in der Nase, während bei Diphtherie auch Trachea, Bronchien, Geschlechtstheile, Conjunctiva und Haut mit ergriffen werden können. Im Halse verbreitet sich der Process bei Scharlach besonders an den Tonsillen, bei Diphtherie auch an der Uvula, den Gaumenbögen, der hinteren Pharynxwand; eine Affection des Kehlkopfes kommt bei Angina scarlatinosa maligna niemals vor, ebenso wenig eine nachfolgende Paralyse. Albuminurie kann bei beiden Formen auftreten, bei Diphtherie finden sich aber selten Exsudatcylinder im Harne und ebenso selten wird Hydrops beobachtet. Die Angina scarlat. maligna tritt meist viel plötzlicher und rapider auf als die Angina diphtheritica und verursacht viel stärkere Schlingbeschwerden.

Klein theilt das Ergebniss seiner mikroskopischen Untersuchungen bei Scarlatina (8) mit, welche an 32 Fällen angestellt wurden, die in verschiedenen Stadien der Krankheit, nämlich vom 2. bis 44. Tage gestorben waren. Die meisten Fälle betrafen das Alter zwischen 2 und 12 Jahren.

Die Veränderungen der Nieren in den ersten Stadien sind: a) Vermehrte Proliferation der Epithelkerne in den Glomerulis der Malpighi'schen Körperchen. b) Hyaline Degeneration der zuführenden Arterien, die unter der Intima beginnt, welche stellenweise zu spindelförmigen Massen geschwellt ist. Eine ähnliche hyaline Degeneration der Capillaren der Malpighi'schen Körper, welche zu einer Undurchgängigkeit des Glomerulus führt und in eine fibröse Umwandlung endet. Die hyaline Degeneration beginnt sehr bald; sie wurde in einem nach zwei Tagen verstorbenen Falle vorgefunden. c) Eine Vermehrung der Kerne in der Muskelschichte der kleinen Arterien, welche besonders bei ihrem Eintritte in die Malpighi'schen Körperchen markirt ist und vom Vf. als Begleiterscheinung der hyalinen Degeneration und durch dasselbe Agens hervorgebracht, angesehen

wird. d) Der als »parenchymatöse Degeneration« bekannte Zustand, mit Schwellung der Harnkanälchen, granulärer Beschaffenheit ihres Epithels, Ansammlung von Körnchen und selbst Blut in der Höhle der Bowman'schen Kapseln und in einigen Harnkanälchen.

Aehnliche Veränderungen wie in den Gefässen der Scarlatina-Niere fand Vf. in den Arterien des Darmes bei Typhus. Vf. hat gleich Klebs Kernwucherung in den Glomerulis ebenfalls beobachtet; doch ist dieselbe keineswegs so constant wie die Veränderungen der Arterien, auf welche die Unterdrückung der Harnausscheidung mit grösserer Wahrscheinlichkeit zu beziehen ist. Die trübe Schwellung des Harnkanälchen-Epithels ist nur leicht und auf kleine Partien der Niere beschränkt.

Andere Veränderungen wurden in Nieren vorgefunden, die etwa am 9. oder 10. Tage nach dem Beginn der Krankheit untersucht wurden. Am meisten tritt eine interstitielle Infiltration von runden oder lymphoiden Zellen hervor, welche an den Wurzeln der interlobulären Gefässe beginnt, Anfangs nur auf das interstitielle Gewebe und das Marklager beschränkt ist und endlich zur Degeneration führt. In einigen Fällen wurde fertiges adenoides oder lymphoides Gewebe vorgefunden. Die Harnkanälchen sind jetzt mehr geschwellt als im Anfange und durch Lymphkörperchen verschlossen. In einem Falle (ein am 13. Tage verstorbenes Kind) war die interstitielle Infiltration sehr reichlich und herdartig ausgebreitet, einige Arterien thrombosirt. Nach der Natur und Vertheilung der interstitiellen Entzündung in diesem Falle war die ursächliche Beziehung derselben zur Embolie wahrscheinlich. Die Intensität der parenchymatösen Veränderung schien von der interstitiellen abzuhängen. Die interstitielle Nephritis wurde bisher nur als seltener Zustand der Scarlatina-Niere beschrieben. K. glaubt, dass dieselbe eine constante und essentielle Erkrankung ist, welche im Allgemeinen am 9. oder 10. Tage der Scarlatina angetroffen wird.

Die Lymphdrüsen des Halses, die Lymphfollikeln der Zungenwurzel, des Pharynx und Larynx, die Tonsillen waren entzündlich geschwellt, die Lymphkerne vermehrt, einzelne Partien zeichneten sich durch Riesenzellen aus, welche einige Kerne enthielten. In den Cervicaldrüsen wurde eine hyaline Degeneration der Gefässe und grossen Zellen beobachtet. Die Leber war leicht vergrössert, die Leberzellen opak, geschwellt, granulirt; einzelne Gefässe ähnlich wie in den Nieren

verändert; das Bindegewebe der Glisson'schen Kapsel namentlich in der Umgebung der Gallengänge und Gefässe durch Anhäufung von Rundzellen verdickt. In der Milz die Malpighi'schen Körperchen vergrössert, die Centren derselben theilweise degenerirt, manchmal grosse, ein gelbliches Pigment enthaltende Zellen daselbst vorhanden. Auch hier sah man eine hyaline Degeneration der Intima der Arterien, Vermehrung der Muskelkerne ihrer Wandung und hyaline Schwellung und Degeneration des adenoiden Gewebes.

Taube studirte an 22 während einer Masernepidemie verstorbenen Kindern die pathologischen Veränderungen der Lunge bei Morbillen (9) hievon waren 16 an einer Lungenaffection gestorben, welche Vf. als »katarrhalische interstitielle Pneumonie« bezeichnet. Vor Allem fiel die Stärke der Affection auf; manchmal waren die ganzen Lungen auf's vollständigste infiltrirt. Eine Entstehung aus lobulären Processen war meist nicht nachweisbar und sie bot die grösste Aehnlichkeit mit den phthisischen Veränderungen Erwachsener; es zeigten sich jedoch im Gegensatz zur Phthise zuerst und vorzugsweise die unteren Lappen befallen; ausserdem hatten sich die Veränderungen hier in höchstens 8 Wochen entwickelt. Die Lungen collabirten nicht bei der Eröffnung des Thorax, waren anämisch, compact, ohne Luftgehalt, am Durchschnitte meist keine lobuläre Structur; dafür war eine gelbe käsige Masse herdweise vorhanden, stellenweise waren diese käsigen Herde erweicht und bildeten Cavernen bis 6 Ctm. Durchmesser. Die Bronchien zeigten häufig cylindrische oder sackförmige Ektasien mit einem dünnen Schleimhautüberzug und einem schwach putrid riechenden Secrete. Im Gegensatze zu diesem Verhalten der grösseren Bronchien hatten die kleinen eine verdickte feste Wand, die kleinsten stellten fast starre Röhren dar. Die in den oberen Lappen gelegenen Partien liessen ein deutlich lobuläres Auftreten der Erkrankung erkennen. Ganz besonders gut sah man diese Veränderungen an injicirten Lungen. Andere complicirende Erkrankungen waren: lobuläres Emphysem (fast in allen Fällen vorhanden), Pleuritis mit Schwartenbildung. Schnitte durch die blutleeren, grauen, soliden Lobuli zeigen, dass diese Compactheit fast nie in einer Erfüllung der Alveolen ihren Grund hatte; diese zeigten, wenn auch kleiner, immer ein freies Lumen. Viele Capillaren waren blutleer. Der Grund dessen bestand in einer Ansammlung von Zellen

zwischen Capillarwand und Lungenepithel; die Interstitien erschienen hiedurch verbreitert. Die Zellen zeigten die Charaktere von Epithelzellen, waren kleiner als das Alveolarepithel und grösser als die meisten Blutkörperchen. T. glaubt, dass diese perivasculär und peribronchial gelegenen Zellen, welche die beschriebenen Veränderungen hervorriefen, von den Schleimdrüsen der Bronchien herrührten und dass der ganze Process als Adenitis der Bronchialdrüsen aufzufassen wäre. Diese Adenitis zeigte sich an verschiedenen Drüsen sehr mannigfaltig. Manchmal war nur eine stärker entwickelte Zone dunkler Epithelzellen längs der Wandung vorhanden. An anderen erschien diese Zone noch mehr verdickt und die Epithelzellen begannen die Räume der Drüse zu erfüllen. Der raschen Wucherung entsprach nicht der Rückgang in die schleimige Metamorphose. Bisweilen war diese Veränderung nur an einzelnen Läppchen der Drüsen ausgesprochen, während andere derselben frei waren und ein normales Aussehen hatten. Es war ersichtlich, das sich von den Drüsen aus nach allen Seiten Zellenschwärme in die Zwischenräume des Bronchialgewebes eindrängten und dieselben infiltrirten. Die erstaunliche Masse der Zellen, wodurch es zur Verödung ganzer Lungen kommen kann, ist nach dem Vf. nur durch die ausserordentliche Menge der Bronchialschleimdrüsen zu erklären.

Riedinger hat (**10**) in einem Falle von erfrorener Nase gegen die blaurothe Verfärbung mit gutem Erfolge subcutane Injectionen von Ergotin angewendet. Die erste Injection in die Nasenspitze hatte einen geringen Erfolg, das Eingespritzte floss aus dem Stichcanal wieder zum grössten Theile ab; die folgenden erfolgreichen machte Vf. in der Gegend des oberen Drittels der Nase. — R. benutzte die auch von v. Langenbeck gegen Aneurysmen angewendete Bonjean'sche Lösung: Extract. secal. cornut. aq. 2·5, Spir. vini rectific. und Glycerini ana 7·5 und injicirte jedes Mal ein Sechstel der Pravaz'schen Spritze.

Milton (**11**) beschreibt als Riesen-Urticaria eine Form der Urticaria, welche ausser der Haut auch die Zunge, den Schlund, vielleicht auch die Trachea und Urethra ergriff, mit mächtigen Schwellungszuständen einherging und in den bisher beobachteten 6 Fällen des Verf. mit Eczem oder Psoriasis zusammen auftrat. Der erste be-

obachtete Fall betraf einen 34jährigen Mann, welcher nach einem Anfall von Eczem, Kolik und Neuralgie in der Gegend des Lig. Poupartii eine schmerzlose Schwellung bekam, welche bald schwand, um einer anderen halbzollhohen Schwellung unterhalb der Crista ilei Platz zu machen. Diese kroch weiter und schwand am vierten Tage. Dann folgten durch Monate tägliche Eruptionen bald am Körper, bald am Gesicht. Dreimal entstanden mächtige Schwellungen in der Kehle, am Zäpfchen und Gaumen, welche fast zur Suffocation führten. Die stets schmerzlosen Schwellungen waren scharf umschrieben und fest anzufühlen, etwa wie ein contrahirter kräftiger Biceps. Nie waren Jucken, Farbenveränderung, Abschuppung, Fieber oder andere allgemeine Erscheinungen vorhanden. Medicamente waren erfolglos, doch schien Colchicum und Jodkalium den Verlauf abzukürzen. Später blieb der Patient ganz frei von ähnlichen Zuständen. — Der zweite Fall betraf ein 20jähriges, gesundes, junges Mädchen, welches an Eczem litt und sehr häufig eine starke Anschwellung der Stirn und Lider bekam. Seit 18 Wochen waren sie wöchentlich mindestens einmal befallen. Nach 5monatlicher Behandlung konnte sie geheilt entlassen werden. — Der dritte Fall entspricht einer gewöhnlichen heftigen Urticaria. — Der vierte Fall betrifft einen kräftigen gesunden Mann, welcher seit 7 Jahren an Schwellungen des Gesichtes, der Lider, Glans penis und Scrotum litt. Auch Nasenschleimhaut und Zunge wurden stellenweise ergriffen. Das Auge war oft 2—3 Wochen geschlossen. Die Anfälle kamen alle 2—3 Wochen. — Der fünfte Patient, ein 39jähriger Mann, litt 7 Jahre an Schwellungen, welche mit Allgemeinerscheinungen, wie Katarrh, Appetitmangel begannen, worauf Zunge und Rachen schwollen; darauf trat irgendwo eine Hautanschwellung auf. Patient litt an Eczema squamosum. — In dem sechsten Fall eines 34jährigen gesunden Mannes blieb stets das Gesicht frei. Patient litt seit 9 Jahren an Psoriasis und bekam vor drei Jahren zum ersten Male Anschwellungen in Form kleiner Tumoren, welche stärker anschwollen und jedesmal 3—4 Wochen anhielten. — In den letzten Fällen war meist etwas Jucken vorhanden und sie schienen sich auf den Gebrauch von Eisen, Colchicum und Arsenik zu bessern. (Vielleicht wäre es besser, diese harten Oedeme nicht als Urticaria zu bezeichnen — Urticaria ohne Jucken! Der Zusammenhang mit Eczem und Psoriasis war wohl nur ein zufälliger. A.)

Bronson bespricht (**12**) die während des sehr heissen Sommers 1876 in Amerika häufig vorkommenden Hitzausschläge und zwar nur die durch die irradiirte Sonnenwärme, nicht durch die directen Sonnenstrahlen hervorgebrachten acuten Formen (Erytheme etc.). Verf. spricht zunächst von einer zerstreuten Bläscheneruption, besonders an den Händen, welche er mit der Miliaria crystallina (Sudamina Hebra's) und der Dysidrosis von T. Fox (Vgl. dieses Archiv 1873, pag. 556 und 1877, pag. 257) vergleicht, und dann von dem sogenannten »Lichen tropicus« Willan's, der »prickly-heat« der englischen Berichterstatter aus den Tropen. Die Fälle, welche Verf. beobachtete, zeigten spitze, stecknadelkopfgrosse Knötchen, hie und da ein Bläschen tragend, bisweilen in Gruppen stehend, ohne Röthung der Umgebung, mit Jucken und Brennen verbunden. Dazu kam aber in vielen Fällen noch ein pustulöser Ausschlag mit furunculösen, phlegmonösen Infiltraten, welcher neben den Lichenknötchen auftrat. (In Willan findet sich eine Schilderung Hillary's aus Barbadoes citirt, worin ähnliche Infiltrate [lumps] beschrieben werden. A.)

Verf. ist nicht wie T. Fox der Ansicht, dass dieser Lichen trop. von den Schweissdrüsen ausgehe, hält ihn auch nicht für identisch mit der von Verneuil beschriebenen, angeblich auch den Schweissdrüsen angehörigen »Hydrosadénite phlegmoneuse«, wohl aber glaubt er, dass die Talgdrüsen dabei lebhaft betheiligt seien.

(Der »Lichen tropicus« ist offenbar — und das hätte der Verf. kurz sagen können — nichts Anderes, als ein durch Hitze entstandener Knötchenausschlag, wie er auch bei uns als Lichen urticatus, Erythema papulatum etc. vorkommt, zu welchem sich durch Reiben und Kratzen Furunkelbildungen gesellen können, und dessen Uebergang in Eczem bei heftigem Reiz selbstverständlich auch nicht ausgeschlossen ist. Von einer Schweissdrüsenaffection ist sicher nicht die Rede. A.)

Cottle behandelte während excessiver Hitze vom 20. Juni bis 25. August 1876 11 Fälle von „Pompholix der Hand" (**13**). Anfangs erfolgte eine entzündliche Schwellung an den Seiten der Finger und der Hand, die sich besonders zur Dorsalfläche hin erstreckte, mit der Empfindung des Brennens und Juckens. Es erschienen einige Papeln, die sich schnell in kleine Bläschen umwandelten; dieselben wurden bald sehr gross und mit heller Flüssigkeit angefüllt, — in einem Falle erstreckte sich die Blase von der Fingerspitze bis zum Phalango-Meta-

carpalgelenk. — Alle Pat. waren frei von jeder anderen Hautaffection; 9 derselben waren anämisch und schwächlich, unter ihnen fanden sich 8 Weiber. Irgend welche innere oder äussere Ursache für das Auftreten dieser Hautkrankheit konnte nicht gefunden werden; Vf. ist geneigt, die ausserordentliche Hitze als ursächliches Moment heranzuziehen. (Es handelte sich vermuthlich um Fälle, die sich von den oben sub 12 angeführten nur durch umschriebene Serumabsonderung unterscheiden; also Fälle von Herpes Iris, u. dgl. wie wohl auch in den von Hutchinson als „Cheiro-Pompholix" und von Tilbury Fox als „Dysidrosis" beschriebenen Fällen. Siehe diese Viertelj. 1877, pag. 257. A.)

Löwenstamm gibt an (**14**), im Vorjahre nicht weniger als 20 Fälle von idiopathischem Pemphigus bei Neugebornen beobachtet zu haben, die in 2 Fällen chronisch wurden und lethal endeten. Er fand den 3. Lebenstag als den frühesten, den 14. als den spätesten des Beginnes der Erkrankung. Vf. glaubt, dass manche Fälle dieser P. durch die Hebammen übertragen worden seien (Vgl. dagegen Bohn, diese Vierteljahresschr. 1876, pag. 443; dafür Dohrn siehe das Folgende A.)

Dohrn berichtet (**15**) über eine Hebamme, welche innerhalb vier Monate 65 Kinder zur Welt befördert hatte, wovon 28 an Pemphigus acutus erkrankten und 8 starben. Meist trat das Exanthem in den ersten zwei Wochen nach der Geburt auf. Die Frau entsagte nun auf einen Monat der Praxis, nahm sie dann wieder auf und von 9 innerhalb 20 Tage geborenen Kindern, bei deren Geburt sie assistirte, erkrankten wieder 3, die alle genasen. Wieder dasselbe Vorgehen und nach neuerlicher Aufnahme der Praxis nach 3 Wochen erkrankten wieder 3 von 6 Kindern, 1 starb. Dann gab sie die Thätigkeit, wie es scheint, definitiv auf.

16. **Perroud.** Ein Fall von Herpes Zoster des N. glutaeus inferior. (Ann. de Derm. Bd. VIII. Nr. 1, 1877.)

17. **Mauriac:** Ueber Herpes progenialis neuralgicus. (Gaz. des Hôp. S. 51, 1876.)

18. **Desprès.** Herpes linguae mit partieller Glossitis. (Gaz. des Hôpitaux Nr. 18, 1877.

19. **Sesemann.** Das Eczem an Händen und Füssen und seine Behandlung. (St. Petersburger med. Wochenschr. Nr. 1, 1877).

20. Bulkley. Ueber die Anwendung des Secale cornutum bei Purpura. (Practitioner. Nov. 1876.)

21. Mouvement médical. Die Stigmatisirte von Bahia. (Nr. 1, 1877.)

Perroud beschreibt (**16**) einen jener seltenen Fälle von Zoster, welche dem Verbreitungsgebiete der Collateraläste des Plexus sacralis entsprechen (nicht des Ischiadicus selbst), von Baerensprung unter dem Namen „Zoster sacro-ischiadicus und sacro-genitalis" subsumirt werden, und nach dessen Darstellung ihre Bläschengruppen dem Verlaufe des N. pudendus mit seinen zwei Endzweigen (perinealis und penis dorsalis), ferner des N. cutaneus posticus magnus entsprechend entwickeln. Diese Zostergruppen können demnach sitzen auf der Haut der Sacralgegend, des Perineums, des Scrotums und der Aftergegend, des Penis und der Glans (grosse und kleine Schamlippen und Scheideneingang), ferner auf der Haut der hinteren Fläche des Oberschenkels und jener des Gesässes.

In einem hieher gehörigen Falle Köbner's (vgl. dieses Archiv, 1873, pag. 579) waren die Gruppen an der linken Seite des Mittelfleisches, der Glans des Penis, der hinteren Scrotalfläche, der Sacralhaut hinab an der inneren hinteren Oberschenkelfläche vertheilt.

In dem Falle von Perroud tritt eine grosse Aehnlichkeit mit letzterem Falle hervor. Er betraf einen 20jährigen Mann mit Lungencavernen, bei dem im Spitale der Herpes auftrat, und zwar in der Gegend des linken grossen Foramen ischiadicum, an der linken Analfalte und dem linken Theil des Perineums, des Scrotums und der Penishaut, endlich im obern hintern Fünftel der Haut des linken Oberschenkels.

(Der Vf. bezeichnet als Sitz der Erkrankung den Nerv. glutaeus inferior oder Ischiadicus minor, indem er den N. cutaneus posterior, welcher mit dem unteren Gesässnerven zugleich unter dem M. pyriformis durch das grosse Hüftloch heraustritt und vor seinem Abgange mit dem Glut. inf. zusammen ein kleines Geflecht bildet, nicht besonders hervorhebt. A.)

Vf. lenkt ferner die Aufmerksamkeit darauf, dass der Kranke 3 Monate lang täglich 5 Tropfen Fowler'sche Tinctur genommen hatte, erklärt sich jedoch nicht mit der von Hutchinson (in Med. Times 1868. A.) ausgesprochenen, auf 8 Fälle gestützten Behauptung einverstanden, dass der längere Gebrauch von Arsenik Zoster nach sich ziehen könne.

Mauriac beschreibt (**17**) eine Anzahl Fälle von Herpes progenialis, in welchen Neuralgien den Ausbrüchen der Bläschen vorausgingen, manchmal während der Eruption bestanden oder dieselbe sogar überdauerten. Unter den Fällen zeigten die meisten vage und irradiirende Neuralgien, Hyperästhesien und Anästhesien einzelner Hautstellen, brennende Hitze, Ameisenlaufen, Pruritus etc., einmal auch Leistenschwellung. Meist war die Belästigung Nachts am stärksten. Es fanden unregelmässige oder regelmässige Intermissionen statt.

Verf. fasst die beschriebene Krankheit als eine Gattung des Zoster auf (mit Bärensprung), indem er auf die begleitenden Neuralgien hinweist. Das Bestehen einer Nervenalteration, wie solche beim Zoster nachgewiesen sind, müsste freilich auch für den Herpes genitalis erwiesen werden. Er glaubt nicht an die reflectorische Entstehung, sondern vermuthet stets materielle Läsionen des Nervensystems. (Dass der Verf. übrigens noch für das Uebel »arthritische« und »herpetische« Constitutionsanomalien voraussetzt, darf uns nicht wundern. A.)

Ein 32jähriger Mann kam, wie Desprès erzählt (**18**), mit einer acuten Glossitis, welche nach einem Excesse in Baccho entstanden war, zur Aufnahme. Einige Blutegel bewirkten rasche Verkleinerung der Geschwulst, welche nur die linke Hälfte der Zunge einnahm. An der gelblich gefärbten Oberfläche der linken Zungenseite sitzen einige Herpesbläschen; am nächsten Tage Herpes labialis der rechten Unterlippenhälfte. Sonst nirgends ein krankhaftes Symptom. Nach wenigen Tagen sind die Bläschen verschwunden.

Sesemann handelt (**19**) über das Eczem an Händen und Füssen, an welchen Stellen am häufigsten das Eczema vesiculosum und pustulosum vorkommen. Die Angabe des Vf. über die Pathologie des Processes entspricht im Ganzen den bekannten Verhältnissen. Was die Behandlung betrifft, empfiehlt Vf. für die rein vesiculöse Form kalte Ueberschläge von Wasser (? A.) oder besser von 4—5procentiger Carbollösung mit etwas Glycerin, zur Verminderung der Schmerzen und zur rascheren Formirung der Blasen. Diese letzteren sollen, so weit sie über Hirsekorn-gross sind, mit der Cooper'schen Scheere angeschnitten werden. (Wozu? A.) Dann bedeckt man sie mit milden Fettsalben und die Heilung ist in 2—3 Wochen fertig. (Das wagen

wir auch bei sachgemässerer Behandlung nicht für alle Fälle zu behaupten. A.)

Die Behandlung der pustulösen Form dauert länger, weil sie öfters durch Nachschübe oder Complication mit Nagelfalzerkrankung erschwert wird. Die Pusteln sollen ganz abgetragen (? A.), nicht blos angestochen, die Krusten aufgeweicht und entfernt werden. Hierauf folgen Verbände mit Glycerin und Carbolsäure, später (früher! A.) mit Hebra's Diachylonsalbe oder was billiger ist, mit Bleiweisssalbe, welcher Carbolsäure zugesetzt ist. Die Anwendung der Salben geschieht in dicken Schichten. Sind die meisten Stellen überhäutet, dann wird bei jedem Verbande vorsichtig mit grauer Seife gewaschen; ist die neue Epidermis fester geworden, so vertauscht man die Salbe mit Oleum cadinum und bedeckt die Stellen mit Kautschukplatten. In 4—5 Wochen ist die Heilung meist erreicht, wenn nicht Granulationen rings um den Nagelfalz, welche einfachem Druckverbande nicht weichen wollen, die Abtragung der seitlichen Nagelränder nöthig machen, was am besten unter Aetherspray nach Esmarch'scher Einwicklung ausgeführt wird. (Die seitlichen Nagelränder abzutragen wird man wohl selten bei Eczem in die Lage kommen. A.).

In 3 Fällen von Purpura sah Bulkley (**20**) vortreffliche Wirkung von Secale cornutum, während dasselbe Mittel bei Scorbut und Hämophilie nach dem Verf. wirkungslos bleibt. Am besten wird es hypodermatisch angewendet, und zwar in Form des flüssigen Extracts, 10—30 Tropfen 2 Mal täglich oder öfter injicirt, oder statt dessen 2—5 Gran Ergotin. Bei solchen Dosen kommt es nie zu Erscheinungen von Ergotismus.

Ueber eine Kranke, welche Aehnlichkeit mit der berüchtigten Louise Lateau bietet, berichtet das „Mouvement médical" aus Bahia (**21**). Ein 32jähriges, seit ihrem 7. Jahre an Nervenzufällen leidendes hysterisches aber nicht ekstatisches Weib bekam in einem hysterischen Anfalle öfter ein Gefühl von Brennen der Haut an den unteren Gliedmassen, dann trat dasselbe auch auf den Armen auf und gegenwärtig fast überall mit Ausnahme der Handflächen und Fusssohlen, selbst an der Conj. palp. (blutige Thränen). Zugleich bisweilen geringe Hämatemesis. Die Stellen sind in der Regel symmetrisch auf beiden Seiten des Körpers. Die schmerzenden Stellen werden geröthet, bedecken

sich mit zarten Schüppchen, unter welchen blutiges Serum tropfenweise herausquillt. Am nächsten Tage ist die Stelle trocken und mit dünner Kruste bedeckt, nach etwa 10 Tagen fällt letztere ab mit Hinterlassung einer gerötheten Hautoberfläche. Niemals wurden Bläschen oder Blasen vorgenommen. Fieber ist nur vorhanden, wenn an einer Stelle zahlreiche Stigmata auftreten.

22. Broadbent. Behandlung von Leukämie und Psoriasis mit Phosphor. (Lancet 16. Dec. 1876).

23. Devergie. Psoriasis der Zunge. (Union méd. Nr. 153, 1876).

24. Esoff: Beitrag zur Lehre von der Ichthyosis und von den Epithelwucherungen bei derselben nebst Bemerkungen über den Haarwechsel. (Virchow's Arch. LXIX. Bd. 3. u. 4. H., 1877.)

25. Haller. Ein Fall von Sclerodermie Erwachsener. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. 1877.)

Broadbent schlägt (**22**) zur Behandlung der Leukämie Phosphor vor und gibt bei dieser Gelegenheit an, in einem Falle von desperater Psoriasis nach dem Gebrauche dieses Mittels binnen 8 Tagen das Hautübel verschwinden gesehen zu haben. (Post hoc ergo propter hoc? A.).

Devergie wünscht (**23**) statt des Ausdruckes Psoriasis ling. für die in Rede stehende Affection den Namen »weisse Epithelplaques der Zunge.« Er wendet folgendes Causticum an: Acid. acet. 2·0, Nitrat. hydrg. cryst. 4·0, Aqu. dest. 8·0. Misce.

Esoff (**24**) hat I. die mit ichthyotischen Krusten bedeckte Haut der unteren Extremitäten einer in dem Strassburger pathologischen Institut befindlichen Leiche, welche einem etwa 46jährigen Manne angehörte, untersucht.

Der rechte Unterschenkel, welcher abgemagert war, war von dem mittleren Drittel seiner vorderen und zum Theil auch der äusseren Fläche ab bis zum unteren Ende in einer Länge von 14 Ctm. und einer Breite von 8 Ctm. mit ichthyotischen Krusten bedeckt, welche aus epidermoidalen Massen, theils von schwarzer, theils grauschwarzer Farbe, von 3 Mm. Dicke bestanden und wie verschmolzen aussahen.

Rinnen durchfurchten die ganze erkrankte Partie und theilten dieselbe in einzelne Gebiete von verschiedener Grösse. Die Dicke der Krusten war keine gleichmässige; sie war am beträchtlichsten in der Mitte des Unterschenkels, wo die Schuppen gleichzeitig grösser waren, während sie an der Grenze der erkrankten Stelle bedeutend an Stärke abnahmen, wodurch dem ganzen Theil ein ungleiches hügeliges Aussehen verliehen wurde. Beim Abtrennen dieser Krusten erschien die darunterliegende Fläche uneben mit Vertiefungen und Erhöhungen, denen auf der unteren Fläche der Kruste Erhöhungen und Vertiefungen entsprachen. In der Umgebung des Hauptcentrums der Erkrankung in der Richtung nach innen und hinten war das mittlere Unterschenkeldrittel ebenfalls mit dergleichen Krusten bedeckt, die aber von geringer Dicke und dunkelbrauner Farbe waren, und theils abgesonderte, theils in einander verschmolzene Gruppen darstellten. Die Gefässe der Cutis und des subcutanen Fettgewebes waren erweitert und mit geronnenem Blut erfüllt. Auf den am meisten erkrankten Partien waren keine Haare aufzufinden; auf der hinteren Fläche dagegen, wo die Krankheit nicht so weit vorgeschritten war, waren sie noch zum Theil sichtbar. Die Haut war an der Stelle der Hauptentwicklung des Processes sehr wenig beweglich. Auf dem linken Unterschenkel befand sich der Process in einem früheren Entwicklungsstadium. Hier erschienen die ichthyotischen Krusten in Gruppen von kleinerem Umfange, von hellgrauer oder dunkelgrauer Farbe, sie erhoben sich wenig über der Oberfläche der Haut, ihre Schuppen waren recht klein und an diesem Beine concentrirten sie sich auf das mittlere Drittel des Unterschenkels und zwar auf die vordere und hintere Fläche desselben. Die Haare waren in der ganzen Ausdehnung sichtbar; die Haut auf der ganzen Oberfläche beweglich. In der Umgebung der leidenden Partien war die Haut auf beiden Unterschenkeln pigmentirt, besonders auf der vorderen und hinteren Fläche des obern Drittels.

Die ichthyotischen Krusten zeigten sich an mikroskopischen Schnitten aus über einander geschichteten Hornplatten bestehend, die bald in Gestalt von streifigen, parallel der Haut laufenden Schichtungen auftraten, bald halbkugelige Räume ausfüllten, welche sich zwischen den verlängerten Papillen einsenkten. Die halbkugeligen Räume sind nichts anderes als Austrittsöffnungen der Haarbälge, was durch die Anwesenheit des Haares darin, welches von concentrisch gelagerten Schichtungen umgeben ist, nachgewiesen werden konnte. Der Verhornungsprocess

beschränkt sich nicht bloss auf den Austrittstheil, sondern dringt nicht selten bis zu einer gewissen Tiefe in den Haarbalg ein. Dass die Schichten aus Hornplatten bestehen, davon kann man sich leicht überzeugen, wenn dieselben mit Kali- oder Natronlösung behandelt werden, wobei sie die Gestalt polygonaler Platten, die mit denen der normalen Hornschicht identisch sind, annehmen. Sowohl zwischen den oberen Schichten, wie auch zwischen denjenigen, die an der Grenze des Rete Malpighii liegen, finden sich in grösserer Menge Pigmentkörnchen theils gesondert, theils in kleineren Häufchen. Bei der Einwirkung von Ferrocyankalium und Salzsäure auf diese Pigmentkörnchen färben sie sich mit blauer Farbe — eine Reaction, welche an ihnen einen Eisengehalt nachweist. Die Hautpapillen erscheinen verlängert und verschieden gestaltet: bald eng und nach oben zugespitzt, bald abgerundet und erweitert. Die Gefässe der Papillen sind erweitert und gewunden und erscheinen in den oberen Theilen der Papillen geschlängelt. Die Gefässe der Pars reticularis cutis bieten verschiedene Veränderungen dar, bei den Arterien sind Adventitia und Media verdickt, weniger bei den Venen, am stärksten aber ist bei beiden der Process in der Intima. Die Intima der Arterien entwickelt sich so stark, dass sie fast ebenso mächtig wie die Media erscheint. Innen ist sie mit Endothel, welches keine Veränderungen zeigt, bekleidet. Diese Veränderungen bedingen eine Verdickung der Arterie, ohne ihr Lumen zu verengern. Bei den Venen zeigt die Intima sehr dünne Fasern mit zahlreichen runden oder spindelförmigen Zellen und ist so sehr entwickelt, dass sie das Lumen des Gefässes bis zu einem sehr kleinen Durchmesser verringert oder in anderen Fällen das Gefäss vollständig verstopft (Endarteriitis und Endophlebitis obliterans). Die pathologischen Veränderungen der Schweissdrüsen erscheinen von zweierlei Art. Die erste Art der Veränderungen ist durch die Wucherung des Epithels des Ausführungsganges und der Drüse selbst charakterisirt; in Folge davon kommt es zu einer Verstopfung der Drüse und zur Bildung von Cysten. Die zweite Art bietet einen interstitiellen Process dar, welcher die Bildung hyaliner Cylinder verursacht. Die Talgdrüsen verlieren ihren acinösen Charakter und bieten ebenfalls zweierlei Veränderungen dar. Bei der ersten Art bekommt die Drüse das Aussehen einer Cyste, deren Umfang der dreifache ist im Vergleiche mit dem normalen Zustande. Die Veränderungen der zweiten Art sind folgendermassen charakterisirt: die Talgdrüsen erscheinen in der Gestalt von 2, 3, manchmal 4 kleinen Körpern, die

neben dem Haarbalge liegen und mit ihm in unmittelbarer Verbindung stehen. Die Musculi arrectores pili sind verdickt, verlängert und nehmen in der ichthyotischen Haut eine fast horizontale Lage ein. An der Ansatzstelle des M. arrector pili an den Haarbalg befinden sich epitheliale Auswüchse von verschiedener Form und Grösse, bisweilen nahe ihrem Ende sich einziehend und wieder verbreiternd, als Fortsetzungen der äusseren Wurzelscheide. Diese haben sehr häufig an ihrem Ende einen oder mehrere scharfbegrenzte Hohlräume; die den Hohlraum bekleidenden Epithelialzellen verflachen und verlängern sich, ihre Kerne werden oval oder gänzlich unsichtbar; der Hohlraum selbst erscheint bald von concentrisch gelagerten Hornplatten oder, allerdings viel seltener, von einer feinkörnigen Masse erfüllt. Der Hohlraum ist hier allerdings nur ideell vorhanden, indem derselbe von dem geschichteten perlartigen Körper aus Hornplatten gänzlich eingenommen wird. Eine andere Art der Veränderung der Haarbälge besteht in einem Zusammenschrumpfen. Nach dem Ausfallen des Haares treten nämlich die gegenüberstehenden Theile der Wurzelscheide mit einander in unmittelbare Berührung und bilden ein gleichmässiges, schräges, welliges, ziemlich breites Band, an dessen Seiten sich Talgdrüsen befinden. Dieses Band besteht aus denselben Epithelialzellen, wie die normale Wurzelscheide. Die Aenderung des Haares selbst beginnt damit, dass es sich spiralförmig windet und der Verf. stellt sich die Sache so vor, dass nach der Verhornung der Wurzel des spiralartig gewundenen Haares eine weitere Verhornung eintritt, an welcher auch die inneren Zellen der äusseren Wurzelscheide betheiligt sind.

Als Verf. ähnliche Auswüchse bei Ichthyosis fand, fühlte er sich veranlasst, zu untersuchen, ob nicht auch in der normalen Haut derartige Auswüchse existiren. Kleine Fortsätze der äusseren Wurzelscheide waren schon längst bekannt. Bei diesen Untersuchungen der normalen Haut hatte Verf. stets Gelegenheit, Epithelialauswüchse, welche der äusseren Wurzelscheide entsprangen, zu beobachten, die ihrem Charakter nach in zwei Gruppen getheilt werden können. Der ersten Gruppe von Auswüchsen gehören solche an, welche unabhängig vom M. arrector pili sind. Hieher gehören die von Neumann bei Lichen ruber als pathologisch beschriebene Auswüchse, deren Identität mit den schon längst von Wertheim als normal beschriebenen Auswüchsen in der Haut d. Mons Veneris der Verf. nachweist. Dieselben erscheinen in Gestalt eines länglichen Auswuchses, welcher einen Haarschaft enthält.

Die zweite Gruppe von Auswüchsen ist durch den Sitz an der Insertionsstelle des M. arrector pili charakterisirt. Auch diese Auswüchse entspringen der äusseren Wurzelscheide und sind deren unmittelbare Fortsätze. Zu dieser Gruppe von Auswüchsen zählt Verf. auch die von Gay und Derby bei Prurigo beschriebenen, sowohl wegen ihres Sitzes wie auch ihrer Grösse.

Verf. geht nun zur Frage über, worin eigentlich das Wesen des Processes beruht und betont scharf, dass es unmöglich ist, die Zunahme der Malpighischen Schicht, besonders bei Processen, welche mit einer Verlängerung und Erweiterung der Papillen verbunden sind, stricte zu beweisen, da die Mächtigkeit dieser Schicht schon in der normalen Haut bei verschiedenen Individuen eine verschiedene ist. Da aber nachgewiesen wurde, dass die normal schon vorkommenden Auswüchse der äusseren Wurzelscheide an der Ansatzstelle des M. arrector pili bei der Ichthyosis stark hypertrophiren, so glaubt der Vf. bei Ichthyosis dennoch auf eine verstärkte bildende Thätigkeit der Zellen der Malpighi'schen Schicht überhaupt und aus demselben Grunde auch auf eine Verstärkung des Verhornungsprocesses schliessen zu dürfen. Was die beschriebenen Veränderungen der Gefässe anbetrifft, so hat Verf. dergleichen auch bei anderen chronischen Hautkrankheiten zu beobachten Gelegenheit gehabt. So bei Elephantiasis eine Veränderung der Arterien, wobei die ganze Intima aus dicken Bindegewebsfasern bestand und auf diese Weise das Lumen der Gefässe vollkommen verstopft war. Verf. erklärt somit den Process der Ichthyosis dahin, dass er in einer gesteigerten Anbildung von Epithelialzellen mit gleichzeitig verstärkter Neigung derselben zur Verhornung besteht. Dabei kann eine übermässige Secretion der Talgdrüsen unmöglich eine wesentliche Rolle spielen, da dieselben entschieden verkleinert oder in Cysten umgewandelt, somit jedenfalls ihrer secretorischen Function fast ganz verlustig gegangen sind.

II. Was den Haarwechsel betrifft, beginnt nach Esoff der Process meistens mit der Bildung eines Auswuchses aus der äusseren Wurzelscheide. Je nachdem dieser am oberen oder unteren Theile des Haarbalges entsteht, ist auch seine Entwickelung eine etwas verschiedene. Wo er jedoch entstehen mag, es tritt in ihm eine Differenzirung der Zellen ein, so dass die äusseren die äussere Wurzelscheide bilden während die inneren die innere Wurzelscheide liefern. Bevor aber diese Differenzirung stattgefunden hat, entsteht aus dem den Auswuchs um-

gebenden Bindegewebe eine Papille; bei weiterem Wachsthum des Auswuchses ist in ihm schon ein völlig ausgebildeter Haarschaft zu sehen. Somit präsentirt bereits in der ersten Zeit seiner Entwicklung der Auswuchs ein vollkommen gebildetes Haar mit Papille, mit einer äusseren und inneren Wurzelscheide und dem Schaft. Das weitere Wachsthum dieses neugebildeten Haares hängt vom Sitz ab, d. h. davon, in welchem Theile der äusseren Wurzelscheide und unter welchem Winkel zum älteren Haarbalge es zur Entwicklung gelangt. Hat es sich im oberen Theile und unter einem grossen Winkel zum alten Haar gebildet, so wächst es an seiner Verbindungsstelle mit diesem vermittelst seiner äusseren Wurzelscheide zusammen, durchbohrt die äussere Wurzelscheide des alten Haares und tritt mit diesem letzteren gemeinschaftlich an die Oberfläche heraus. Entwickelt es sich aber unter einem kleinen Winkel, so durchbohrt es die äussere Wurzelscheide des alten Haares, verwächst mit derselben und vollendet darin sein Wachsthum, ohne den Haarschaft des alten Haares zu berühren. In beiden Fällen kann das Wachsthum des alten Haares ungehindert bleiben. Wenn dagegen das neue Haar sich aus dem unteren Theile der äusseren Wurzelscheide und unter einem kleinen Winkel gegen den alten Haarbalg anbildet, so wächst es darin ebenfalls bis zur Oberfläche. In dem Falle endlich, wo das neugebildete Haar den untersten Theil des alten Haarbalges, nämlich die Gegend der Haarzwiebel durchbohrt, erleiden in Folge des von ihm hervorgerufenen Reizes die Epithelialzellen der Haarzwiebel eine Verhornung, die Papille wird atrophisch, die äussere Wurzelscheide des neuen Haares verwächst mit der des alten und das wachsende junge Haar fährt fort, im alten Haarbalge zu wachsen, indem es das alte Haar mit seiner inneren Wurzelscheide ausstösst. — Aussere Einflüsse begünstigen das Ausfallen des alten Haares. Verf. erklärt sich somit dahin, dass eine Neubildung der Haarpapille ganz im Anfang des Haarwechsels auftrete und dass der „Haarkolben“, in welchen sich das alte Haar nach Stieda (Archiv f. anat. Phy. 1867) verwandelt haben soll, nur als schräger Durchschnitt des alten Haares zu betrachten sei. Das „Schalthaar“ von Goette (M. Schultze's Archiv Bd. IV) sei in ähnlicher Weise ein Durchschnitt des alten Haarbalges mit dem vermittelst eines Auswuchses gebildeten jungen Haare. Das „Beethaar“ von Unna endlich (Vgl. diese Viertelj. 1876, pag. 407) könne als ein junges Haar, welches in der äusseren Wurzelscheide des alten Haares wächst, an-

gesehen werden, während die untere Partie des alten Haarbalges weggeschnitten ist.

Einen neuen Fall von Sclerodermie beschreibt Haller (**25**) an einem 19jährigen Mädchen, welches seit einem Jahre menstruirt ist. Im Laufe einiger Tage wurde die Haut am Halse, Brust, Oberarm, Kiefergegend fahl, gelblich, zeigte sich straff gespannt, nirgends in Falten zu erheben. Beweglichkeit beim Kauen, Erheben der Arme etc. herabgesetzt. Sensibilität normal. Unter dem Gebrauch von Bädern, roborirender Diät etc. trat nach einem halben Jahre Besserung ein. Einige Härte blieb am Halse dauernd zurück. (Die Casuistik der Sclerodermie ist nunmehr reich genug, um auf die noch nicht ganz abgelaufenen Fälle verzichten zu können. A.)

26. Neumann I. Ueber primäre lupöse Erkrankung des Auges. (Wiener med. Pr. Nr. 2 und 3, 1877).

27. Piffard. Ein Fall von Lupus erythematosus des Penis. (Arch. of Derm. Nr. III, 1877).

28. Fox Tilbury. Ueber die Aleppobeule. („Oriental Sore, Delhi Boil«, Lancet Nr. 14, 1877.)

29. de Figueiredo: Ainhum. (O Correio med. de Lisbõa No. 21. 1876. Centralbl. f. Chirurgie Nr. 19, 1877.)

30. Bulkley. Zwei Fälle von Morphaea. (Arch. of Derm. III. 2. Jänner 1877.)

31. Munro. Zur Aetiologie und Geschichte des Aussatzes. (Edinb. med. Journ. Sept. 1876).

32. Wernher. Papillom und Epitheliom der Fusssohlen. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. V., 6, 1876).

1. Neumann stellt (**26**) Fälle von primärem Lupus conjunctivae aus der Literatur zusammen und fügt einen eigenen hinzu. Bei einem 22jährigen Weibe trat die Wucherung als erbsengrosse Geschwulst im inneren Winkel des linken Auges auf, die Wucherungen breiteten sich auf die Conj. palp. infer., dann auf die Hornhaut, ferner auf das obere Augenlid aus. Der Bulbus verwuchs mit dem Lide. Nach 3 Jahren erkrankten auch Nasenspitze und Nasenflügel, während das Auge atrophirte. Schliesslich war totales Symblepharon beider Lider vorhanden, alle Conjunctivalflächen sind über dem Bulbusstumpf

mit Knoten besetzt, welche die bekannten histologischen Kennzeichen des Lupus trugen.

Piffard beschreibt (27) einige ringförmige Flecke theils auf der Glans theils auf der Vorhaut eines 28jährigen Mannes, welche seit 5 Jahren bestehen sollen. Die Ränder stellten etwas erhabene, rothe, schuppige Kreissegmente dar, die Centra waren wenig verändert, nur blass und verdünnt. Vf. schwankte anfangs in der Diagnose zwischen Herpes tonsurans und Lupus eryth.; zog aber schliesslich letztere Annahme vor, trotzdem sonst nirgends Lupusplaques nachweisbar waren. Er excidirte die Flecken theilweise und jene auf der Glans zerstörte er auf galvanocaustischem Wege.

(Wir zweifeln sehr an der Richtigkeit der Diagnose, da wir in einer Anzahl von Fällen, die genau der obigen Schilderung entsprachen, die syphilitische Natur des Leidens (analog den auf der Zunge vorkommenden, von den Autoren als Psoriasis linguae syph. beschriebenen Epitheltrübungen) mit Sicherheit feststellen konnten. In dieser Beziehung ist jedoch vom Vf. des Aufsatzes, soweit dies aus seiner Darstellung hervorgeht, keine Nachforschung oder Untersuchung gepflogen worden. Die beigegebene histologische Zeichnung kann für Allerlei passen. A.)

Geber hat in dieser Vierteljahresschr. (1874, pag. 445) bekanntlich den selbständigen Charakter der Aleppobeule als fraglich erklärt. Nun publicirte T. Fox (28) den amtlichen Bericht von Lewis und Cunningham über diese Krankheit, welche dieselbe dem Lupus nahestellen (Lupus endemicus), aber von Syphilis oder Scrophulose nichts wissen wollen. Fox stellt für seine Person auch den lupösen Charakter des Uebels entschieden in Abrede. Dass die Zusammensetzung des Trinkwassers und dessen Salzgehalt einen wesentlichen Einfluss auf das Zustandekommen des Leidens übe, wird auch in diesen Publicationen festgehalten.

Bei Gelegenheit eines der Akademie der Med. zu Rio Janeiro vorgestellten Falles schildert Figueiredo (29) den Verlauf des Ainhum, der mit Bildung einer anfangs schmerzlosen Schrunde in der Plantarfurche der Grundphalanx der kleinen Zehe an einem oder beiden Füssen beginnt. Allmälig vertieft sich die Schrunde und umgreift circulär den

ganzen Umfang der kleinen Zehe, welche oft um das Dreifache vergrössert, von den übrigen Zehen abstehend erscheint und schliesslich nur durch einen kurzen Stiel mit dem Fuss zusammenhängt. — Je länger die Dauer des Leidens, desto kürzer und dünner wird der Stiel und desto mehr scheint er hineingezogen in die Masse der knollenartig veränderten, an ihrem Ansatzpunkt allseitig beweglichen Zehe. — Die Sensibilität ist bedeutend vermindert. Die Haut der Zehe meist hypertrophirt, rauh und runzlig, selten geschwürig, der Nagel nach aussen verdreht. Nur in der primären Furche bestehen öfter missfarbige Geschwüre mit jauchiger Absonderung. Der Gang wird sehr beschwerlich. Doch kommt die Krankheit meist nur in den letzten Perioden zur ärztlichen Behandlung, wenn die Patienten durch Schmerzen hierzu gezwungen werden. Am häufigsten warten die Kranken den spontanen Abfall der Zehe ab, oder versuchen selbst durch oft sehr rohe Mittel sich von dem lästigen Anhängsel am Fusse zu befreien. Krankheitsdauer 1—10 Jahre.

Vf. will Ainhum weder mit Gafeira, noch mit Lepra dactylina, noch mit Bouba, noch mit Radesyge, Sclerodermie oder symmetrischer Gangrän verwechselt wissen. Die Therapie ist in den vorgeschritteneren Stadien der Krankheit machtlos. Einen Heilerfolg im Beginn des Leidens durch Débridement des constringirenden Ringgeschwürs hat da Silva Lima in der Gaz. méd. de Bahia 1876. 10. Jan. beschrieben. (Vgl. da Silva Lima dieses Archiv 1870, pag. 289 und Wucherer und Schüppel ebenda 1873, pag. 583.)

Bulkley beschreibt (**30**) zwei Fälle von sog. Morphaea, d. i. einer Hautkrankheit, welche dem »wahren Keloid« Addison's mit Ausschluss der Sclerodermie entspricht, aber nach dem Verf. nicht, wie geglaubt wurde, mit dem Aussatze irgend einen Zusammenhang hat. (Vergl. hierüber Fox, diese Viertelj. pag. 280, 1877.)

Die Fälle sind folgende:

I. Ein 10jähriges Mädchen, deren Eltern und Geschwister an keiner Hautaffection leiden, bekam über dem rechten Trochanter vor 15 Monaten einen Fleck, dann über dem linken Trochanter und bald einen über dem Kreuzbein. Jeder hatte $1^1/_2$ bis 2 Zoll im Durchmesser, war von gelblichweisser Farbe mit rosenrothem Rande. Die Haut, dick und steif, kann nicht gefaltet werden, die Oberfläche ist zart, ohne Schuppung, nicht erhaben. Auf der rechten Zehe zeigte sich auch ein

unregelmässiger solcher Fleck, dessen Farbe durch Druck nicht geändert wird, wohl aber jene des rosenrothen Randes. Während der Beobachtungszeit traten solche Flecke noch an verschiedenen Stellen des Körpers auf, dieselben schienen sich trotz der Behandlung nicht viel zu verändern.

II. Ein 30jähriges lediges Weib bekam den ersten Fleck in der rechten Kniebeuge, in Form einer unregelmässigen, aber deutlich umrandeten, verdickten, lederartig, speckig anzufühlenden, nicht faltbaren, billardballgelben Plaque mit helleren und dunkleren Partien und rosenrothem Rande. Einige mehr excentrische Stellen sind marmorweiss, die centralen dunkler. Nach drei Wochen zeigte sich eine strangförmige Masse an der Innenfläche der Extremität (von der Entfärbung ausgehend? A.). Nach und nach wurden die Flecke weicher, weniger entfärbt. So verhält sich der Fall noch jetzt, Locomotionshindernisse oder gar Contractur war nie vorhanden.

Vf. zieht schliesslich die Differenzialmomente zwischen Morphaea und Sclerodermie, dann Leucoderma, Lepra und endlich Syphilis in Betracht. In ersterer Beziehung betont er besonders das Fehlen des erythematösen Randes und die Neigung zur Contractur und Atrophie des subcutanen Gewebes und der Muskeln bei letzterer gegenüber der Morphaea, während wieder bei Leucoderma die Verdickung des Hautgewebes fehlt und der Hals nicht rosenroth, sondern braun ist und bei Druck nicht verschwindet. Die Flecke der anästhetischen Lepra sind nicht härtlich, wachsartig, wie bei Morphaea, ferner kommen dabei die bekannten anderen Symptome des Aussatzes vor und sind die endemischen Verhältnisse massgebend. Vf. behandelte beide Fälle mit milder Quecksilbersalbe. Vielleicht, so meint er, wäre Jod innerlich von Nutzen.

Munro hat (**31**) in den Tropen an verschiedenen Orten Lepra beobachtet. Wir heben nur bezüglich einer von Bakewell erst jüngst aufgestellten Behauptung hervor, dass der Vf. die Lepra nicht für übertragbar durch Vaccination hält.

Wernher beschreibt (**32**) zwei Fälle von Epitheliom der Fusssohle, welche sich an einen Fall von Schumacher und einen von Volkmann anschliessen. Die Neubildung entwickelte sich aus einfachen Hypertrophien der Papillen der Oberhaut und nahm erst später

den epitheliomatösen Charakter an. Beide Fälle wurden, einer durch das Messer, der andere durch Kali caust. geheilt.

33. **Duhring.** Ein bärtiges Weib. (Arch. of Derm. Nr. III, 1877).
34. **Campana.** Ueber gewisse Naevi materni. (Giorn. It. delle mal. ven. e della pelle, October 1876.)
35. **Sherwell.** Tättowirung von Naevi. (Amer. Arch. of Derm. Nr. III, 1877).
36. **Küstner.** Ein bisher noch nicht praktisch verwerthetes Merkmal der Unreife eines Kindes. (Centralb. f. Gynäkologie Nr. 9, 1877.)
37. **Hillairet.** Waschmittel bei Acne. (L'Union méd. 30. Jänner 1877).
38. **Hildebrand:** Zwei Fälle von abnormer Schweissabsonderung an den Händen nach Unterdrückung der Fussschweisse. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20. 1877.)
39. **Delthil.** Ein Fall von Chromidrose. (France méd. Nr. 24, 1877).
40. **Kuester.** Salicylsäure gegen profuse Fussschweisse. (Med. Centralz. Nr. 82, 1876.)

Duhring beschreibt (**33**) ein bärtiges Weib von 23 Jahren, dessen Bart schon in frühester Jugend sprosste und jetzt einen schwarzen, reichen, schön gepflegten Vollbart sammt Schnurrbart darstellt, welcher sammt dem lockigen Haupthaare und den feinen Gesichtszügen der Frau einen keineswegs unangenehmen Anblick darbietet. (Das Portrait ist beigegeben). Sie ist im Uebrigen im Vollbesitze aller weiblichen Geistes- und Körpereigenschaften, seit ihrem $17^1/_2$ Jahre verheirathet, war Mutter zweier normal beschaffener Kinder, welche jedoch an Scharlach starben. Auf dem Stamme und den Gliedmassen finden sich Haare, wenn auch nicht in stärkeren Quantitäten, in einzelnen Büschelchen zerstreut.

In einer ausführlichen, mit Lithographien versehenen Abhandlung führt Campana (**34**), sich auf die Angaben von Baerensprung und Theodor Simon (d. Archiv 1872) stützend, 12 Fälle von Naevus aus seiner Erfahrung vor, in welchen er einen Zusammenhang der

Hautveränderung mit Nervenzweig - Territorien nachweisen zu können glaubt, und zwar:

1. 1. und 2. Ast des Trigeminus (links),
2. 2. Ast des Trigeminus (links),
3. 2. und 3. Ast des Trigeminus (links),
4. 1. und 2. Ast des Trigeminus (beiderseits),
5. Hautäste des 3. und 4. Cervicalnerven und des 3. Astes des Quintus (rechts),

5 b. Plexus brachialis (rechts),

6. Ein vorderer Intercostalnervenast (links),
7. Hintere Spinalnervenäste (beiderseits),
8. Hautäste des 1. Lumbalnerven (rechts),
9. Hautnerven des Praep. clitoridis vom. N. pudendus,
10. Cruralnerv (rechts),
11. Hautäste vom Plexus sacro-ischiadicus (beiderseits).

Ferner 13 andere, die vom Autor ausser der Angabe des Sitzes nicht genauer beschrieben werden.

Den Zusammenhang gewisser Naevi mit der Nervenvertheilung (wenn auch nicht immer vom Centralnervensystem abhängig) stellt der Verf. gleich v. Baerensprung und Simon als erwiesen dar, freilich nur insofern, als er sich mit Gamberini's Annahme (in einem Referat über Simon's Arbeit: Giorn. It. delle mal. ven. etc. 1875) eines gewissen Einflusses der Nerven auf ihre Entstehung zufrieden gibt.

Die Einwendungen, welche de Amicis und O. Simon gegen die Nerventheorie später gemacht haben, sucht der Verf. zu entkräften und gelangt zu folgendem Schlusssatze: »Gewisse Naevi sind entsprechend sensiblen Nervenästen angeordnet. Die Ursache davon ist wahrscheinlich eine Störung der vasomotorischen und vielleicht der »trophischen« Nervenäste während des Fötallebens. Diese Art Naevi ist häufiger, als jene, welche »scheinbar« diesen Gesetzen nicht entspricht.«

Sherwell behandelt Naevi (**35**) durch Tättowirung mittelst zusammengebundener Nähnadeln (Nr. 6 oder 5), welche früher etwas geschärft worden sind, und deren Spitzen etwa $^1/_{16}$ Zoll von einander entfernt sind. Er taucht sie in 50% Carbolsäurelösung oder 25—40% Chromsäurelösung. Nach der Operation wird mit Alkohol ausgewaschen und sofort mehrere Lagen Collodium aufgetragen. Die Operation kann

nach 8—10 Tagen wiederholt werden. Vf. gibt an, in 5 Fällen günstige Erfolge erzielt zu haben. Er schlägt auch noch vor, den Versuch zu machen, eine andere Färbung durch Einführung unlöslicher Bleisalze und dgl. zu erzielen. Zur Anästhesirung verwendet er den Aetherspray.

Allen Geburtshelfern sind die weissen Punkte bekannt, welche jedes Neugeborne auf seiner Nasenspitze mit zur Welt bringt. Dieselben stellen Ectasien der Talgdrüsenausführungsgänge dar und sind nach Küstner (**36**) am besten als weisse Comedonen zu bezeichnen.

Bei manchen Kindern nun sieht man ähnliche weisse Punkte nicht nur auf der Nase, sondern auch über andere Stellen des Gesichts verbreitet, nach der Seite, den Wangen, nach der Stirn zu und besonders stark auf Unterlippe und Kinn. Auch diese über das übrige Gesicht zerstreuten weissen Punkte sind Follicularectasien, durch Secretpfröpfe erzeugt, unterscheiden sich jedoch von den constanten auf der Nase durch ihren weiteren Verlauf sowohl als auch durch ihr anatomisches Verhalten, sie lassen sich besser den Miliumformen anreihen. Nun hat K. gefunden, dass je näher von einer gewissen Fötalperiode (etwa der 30. Woche an) zum Termine der Austragezeit sich ein Kind befindet, um so weniger zahlreich diese Follicularectasien sind, derart, dass sie beim ausgetragenen etwa nur die Nasenspitze bedecken und dass ein Kind, je früher es — etwa bis zur 30. Woche rückwärts — geboren wird, um so massenhaftere Miliumbildung hauptsächlich in der Umgebung des Mundes trägt.

Gegen Acne empfiehlt Hillairet (**37**) folgende Waschung: Rp. Borac. ven. 15·0, Aetheris sulf. 10·0, Aqu. dest. 250·0 —. Misce. (Nicht gerade neu. A.)

Hildebrandt (**38**) erzählt folgende Fälle von angeblich vicarirender Schweissabsonderung: Der Musketier H. hatte von Jugend auf an schweissigen Füssen gelitten; besonders war die Excretion zwischen den Zehen so stark, dass die Haut derselben wie ausgelaugt erschien und zeitweise ihm heftige Schmerzen daraus erwuchsen. Der Geruch war widerwärtig. Vom 15. Juni bis 8. Juli wurden seine Füsse 7mal gepudert, die beiden ersten Male mit einer Mischung von 2 Theilen Salicylsäure und 98 Theilen Thon,

die letzten 5 Male mit einer Mischung von 4 Theilen Salicylsäure, 86 Theilen Talk und 10 Theilen Stärkemehl. Danach verlor sich der Fussschweiss, stellte sich aber während des Manövers wieder ein. Am 13. und 19. August wurde er wieder mit der zuletzt angewandten Mischung behandelt. Bei der am 21. stattfindenden Untersuchung machte er auf seine Hände aufmerksam, welche seit der letzten Anwendung des Präparates trieften, während die Füsse fast gar nicht, selbst während der anstrengenden Märsche in glühender Sonnenhitze schwitzten. Verf. sah ihn am genannten Tage, nachdem er sich eine Stunde nach dem Marsch ausgeruht hatte. Sein Gesicht war trocken, die Haut des Rumpfes wenig feucht, nur die Handteller waren nass, als wenn er sie in Wasser getaucht hätte.

Dieselbe Erscheinung bot ein anderer Musketier A., als Verf. ihn am 23. August untersuchte, nachdem er am 13. und 17. August ebenfalls wegen Fussschweiss eine Mischung von 2 Theilen Salicylsäure, 10 Theilen Stärkemehl und 88 Theilen Talk erhalten hatte. Die Schweissexcretion der Hände verhält sich bei ihm ebenso wie bei Jenem, nur war die der Füsse nicht so sehr unterdrückt. (Ob nicht beide Musketiere auch früher schon hie und da an den Händen geschwitzt haben? A.).

Delthil fand (**39**) bei einer 16jährigen Näherin an den Augenlidern eine blauschwarze Färbung, welche die Wäsche färbte. Sie entstand intermittirend, ohne Beziehung zu den Menses. Zugleich verlor Pat. ihre Nägel und litt an epileptischen Anfällen mit hysterischem Gesammtcharakter.

Kuester wendet (**40**) gegen profuse Fussschweisse Salicylsäure in folgender Verschreibung an: Rp. Acidi salicyl. 10·0, Talc. praep. 50·0, Amyli oryz. 15·0, Saponis 5·0. Misce f. pulvis ad inspergendum. Nach 2—3 Einstreuungen verschwindet der üble Geruch und nach kurzer Zeit hört die Uebersecretion von Schweiss gänzlich auf. (Wir haben von Salicylsäure keine solche Wirkung beobachten können. A.).

41. Michelson. Die Oberhaut der Genitocruralfalte und ihrer Umgebung als Brutstätte von Oxyuris vermicularis. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33, 1877).

42. Lewin. Ueber Cysticercus cellulosae und sein Vorkommen in der Haut des Menschen. (Charité-Annalen. II. Jahrg. 1877).

Michelson constatirte (**41**) bei einem 13jährigen Knaben Eczema intertrigo der Haut der Genitocruralfalte und eines Theiles der Scrotal- und Oberschenkelhaut, welches eine mit feinen, stark gerötheten Pünktchen besetzte, nässende, fötide, mit macerirten Epidermisfetzen besetzte Fläche darstellte, die von einer schmalen, gerötheten, schuppenden, allmälig in die gesunde Haut übergehenden Hautzone umgeben war. Die Epidermis nun erwies sich von zahllosen Eiern von Oxyuris vermicularis durchsetzt. Der Knabe litt seit langem an Oxyuris; die geschlechtsreifen Oxyurisweibchen dürften mit Fäcalflüssigkeit vermittelst des Hemdzipfels vom Mastdarm nach vorne gelangt sein. Vf. schliesst sich der Ansicht an, welche Leukart über das Gelangen von Rhabditiden aus thierischen Abfällen auf Epidermis ausspricht, indem er den pathologischen Zustand der Haut für das Primäre und höchstens für den Anlass zur Ueberwanderung des Thieres erklärt.

Drei von Lewin (**42**) beobachtete Fälle von Cysticercus in der Haut bilden den Gegenstand einer Abhandlung, welcher wir die Krankengeschichten und die Bemerkungen des Vf. über die diagnostische Bedeutung der Hautcysticercen entnehmen:

Der erste Kranke, ein 22jähriger Strassenfeger, zeigt eine kleine Anzahl kirschkern- bis haselnussgrosser in der Haut sitzender Geschwülste in der Mitte des Rückens, in der Regio hypogastrica dextra und in der Haut über dem rechten Glutaeus. Die Gestalt der grösseren ist länglich oval, die der kleineren rund. Ihre Consistenz ist eine prall-elastische. Selbst bei ziemlich starkem Drucke empfindet der Patient keinen Schmerz; spontan soll von Zeit zu Zeit Schmerz auftreten. Die Geschwülste sind derartig gelagert, dass sie zwischen Haut und subcutanem Gewebe ein wenig hin- und herverschoben werden können. Die sie bedeckende Haut ist nicht geröthet.

Die Tumoren waren von dem bis dahin behandelnden Arzte als syphilitische Gummigeschwülste angesehen worden. Es wurde ein Tumor, welcher in der Regio hypogastrica dextra sass, exstirpirt und ergab die mikroskopische Untersuchung, dass derselbe einen Cysticercus cellulosae enthielt. Man erkannte deutlich die binde-

gewebige Hülle und die zartwandige, etwas wellig geformte Blase mit wässrigem Inhalte. Die durch die Blasenmembran durchscheinenden weissen, mattglänzenden Pünktchen enthüllten sich dem Mikroskope als aus 4 Saugnäpfen und einem etwa 30 Häkchen enthaltenden Kranze bestehend. Der mit relativ langem Halse versehene Kopf war in die Schwanzblase eingestülpt. Auf weiteres Befragen gab der Patient an, oft an Kopfschmerz zu leiden. Derselbe trete meist des Morgens auf, seltener am Tage, halte mehrere Stunden an, und verschwinde in allmäliger Abnahme. Der Schmerz beginne mit dem Gefühle von Steifheit im Nacken, Kopf und Augenlidern, dann trete ein Dröhnen hinzu, es werde ihm schwindelig, und nicht selten steigere sich das Geräusch bis zum Brausen einer Dampfmaschine. Ein typisches Auftreten des Kopfschmerzes konnte nicht constatirt werden. Vf. sieht als wahrscheinliche Ursache dieses Kopfleidens einen im Gehirn localisirten Cysticercus an, trotzdem keine weiteren Störungen nachweisbar waren. 13 Monate später haben sich neue Tumoren bei dem Kranken gefunden, die sich vermuthlich durch längst an diese Stellen eingewanderte Cysticerci nach und nach gebildet haben. Die genaue Untersuchung des Kranken ergab die normale Beschaffenheit aller Organe und Functionen, dem entsprechend war auch das übrige Befinden des Kranken.

Der zweite Kranke, ein 28 Jahre alter Oekonom, zeigte eine grössere Anzahl von Tumoren, welche von ganz ähnlicher, ja beinahe gleicher Beschaffenheit waren, wie die oben geschilderten; zerstreut auf dem Rücken, auf Ober- und Vorderarm und in der Mitte der Stirne. Patient bemerkte diese Geschwülste schon vor ca. 2 Jahren, und haben sie seitdem etwas an Grösse zugenommen. Der bisher behandelnde Arzt sah sie als syphilitisch an. Bei der Untersuchung des Körpers vermuthete Vf. ihre parasitäre Natur, exstirpirte einen am Rücken sitzenden, und ergab sich derselbe als Cysticercus cellulosae. Der Kranke, früher stets gesund, leidet seit einem Jahre an leichten asthmatischen Anfällen. Der dritte Patient, ein Arbeitsmann von kräftigem Körperbaue, befand sich wegen einer Gonorrhöe in Behandlung. Bei der Untersuchung der Haut fand sich ein haselnussgrosser Tumor unter der rechten Brustwarze. Die Exstirpation desselben ergab, dass derselbe einen Cysticercus enthielt. Irgend eine Störung des Allgemeinbefindens war durch den Parasiten nicht bewirkt worden. Eine genaue Durchmusterung der Casuistik, welche der Vf.

anstellt, zeigt, dass in der bei weitem grössten Mehrzahl der Fälle, wo die Cysticercen die Haut bewohnten, auch innere Organe von ihnen heimgesucht wurden und hier die mannigfachsten Störungen hervorriefen; so im Auge die schwersten Gesichtsstörungen, im Gehirn die mannigfachsten Nervenerkrankungen vom einfachen Kopfschmerz bis zu Lähmungen, Krampfanfällen, Epilepsie und Apoplexie, im Centrum der Circulation, Endocarditis und Pericarditis, in den Respirationsorganen asthmatische Anfälle, in den Darmwandungen Peritonitis etc. Da auch bei Sectionen Cysticercen in den Knochen, Pancreas, Leber, Milz und Nieren mehrfach aufgefunden worden sind, so dürften sie sich auch hier durch mannigfache Störungen in diesen Organen wohl verrathen haben. Der durch die visceralen Cysticercen hervorgerufene Symptomencomplex hat aber im Allgemeinen einen so wenig specifischen pathognomischen Charakter, und bietet meist so wenig differential-diagnostische Momente dar, dass der ätiologische Zusammenhang nur durch den gleichzeitigen Nachweis von Cysticercen in dem subcutanen Gewebe ermöglicht werden kann.

Bibliographie des Jahres 1876.

V. Verzeichniss.

(Fortsetzung von Jahrg. 1876 p. 476 u. 666 und Jahrg. 1877 p. 289 u. 443.)

Dermatologie und Vaccine.

Adams J. B., Erkrank. n. d. Vaccinat. Boston med. and surg. Journ. XCV. 25, p. 722, Dec.

Alken H. J., Ueber d. therapeutische Wirkung des Gurjunöls (Bals. Dipterocarpi) bei Lepra. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Ind. N. S. VII. 2. p. 141.

Blenkarne W., Locale Anwendung von »Amyl-Colloid« bei Herpes front. Brit. med. Journ. 30. Dec. p. 856.

Butlin, Brustkrebs nach Eczem der Brustwarzen. St. Barthol. Hosp. Rep. XII. p. 280.

Bruzelius, Fall von Alopecia areata. Hygiea XXXVIII. Decemb. p. 289.

Cooper Rob. J., Ueber Verhütung von Blatternarben. Brit. med. Journ. 30. Dec. p. 856.

Devergie Alph., Ueber Psoriasis der Zunge u. ihre Behandlung. L'Union méd. 153.

Duckworth, Dyce, Fall von Morphaea. Clin. Soc. Transact. IX. p. 78.

Fornari Fed., Gerbsäure bei Wunden u. Eczem. Il Raccogl. med. XXXIX. 35, 36. p. 517.

Goodmann Godfr., Elephantiasis Scroti. Erfolgreiche Operation. Lancet II. 26, Dec.

Gossmann J., Zur Incubationsdauer der Scarlatina. Württemb. Corr. Bl. LXVI. 36.

Grenhow E. H., Hautpigmentirung, wie bei Addison'scher Krankheit. Clin. Soc. Transact. IX. p. 44.

Hague Sam., Ueber die Incubationszeit der Blattern u. Vaccine Brit. med. Journ. 16. Dec. p. 787.

Hirons G. M., Theer innerlich gegen Psoriasis. Brit. med. Journ. 16. Dec. p. 787.

Nedopil M., Ueber d. Psoriasis d. Zungen- u. Mundschleimhaut und deren Verhältniss zum Carcinom. Arch. f. klin. Chirurgie XX. 2. p. 324.

Oeffinger H., Die Behandlung d. Trichophyton tons. mit Salicylsäure. Bad. ärztl. Mitth. XXX. 24.

Oswald James, Liq. ferri sesquichl. local gegen Rothlauf. Brit. med. Journ. 30. Dec. p. 855.

Piatelli Romolo, Schwefelpräparate gegen Pityriasis versic. Riv. clin. 2. S. VI. 11. p. 350.

Pick J. J., Bericht d. Klinik f. Hautkr. u. Syph. in Prag vom J. 1875. Verl. d. Verf. 1876.

Remy Ch., Hirnembolie, Endocarditis vegetans, Pellagra, Hypertrophie d. Drüsen. Bull. de la Soc. anat. 4. S. 1, 3. p. 418. Juni-Juliheft.

Squire Balm., Fälle v. Hautkr. Clin. Soc. Transact. IX. p. 165.

Stedmann C. E., Scarlatina complic. mit Typhlitis, Tod. Boston med. and surg. Journ. XCV. 26. p. 756. Dec.

Taylor R. W., Behandlung d. Eczems. Amer. clin Lect. ed. by Seguin.

Tucker James J., Herpes Zoster frontalis. Chicago Journ. of nerv. and ment. Sc. U. S. I. 4. p. 561.

Syphilis.

Bidenkap, Fall von tertiärer Syphilis. Norsk Mag. 3. R. VI. 12.

Hugonneau, Ueber die interstitielle syphil. Glossitis. Gaz. des Hôpit. 151.

Murchison C., Pyelitis u. Nephritis nach Gonorrhöe. Clin. Soc. Transact. IX. p. 25.

Taylor R. W., Ueber Nervensyphilis. Chicago Journ. of nerv. and ment. Dis. N. S. I. 1. p. 20.

Faraoni M. L., Tayuya gegen Syphilis u. Scrofeln. Mailand 1876.

Autoren- und Sachregister.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

K.

W.

Y.

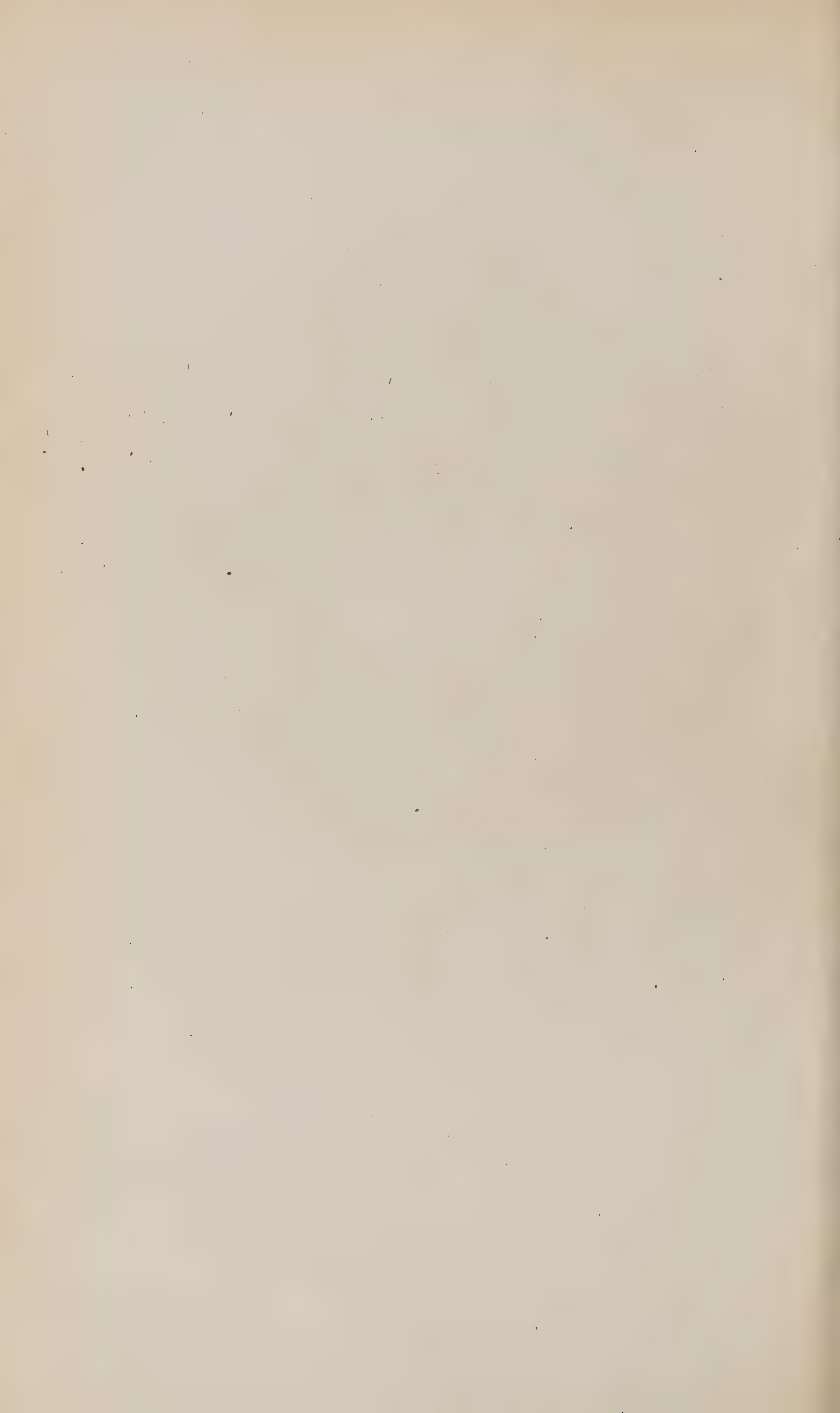
Z.

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer).





Leucoplakia et Papilloma linguae.



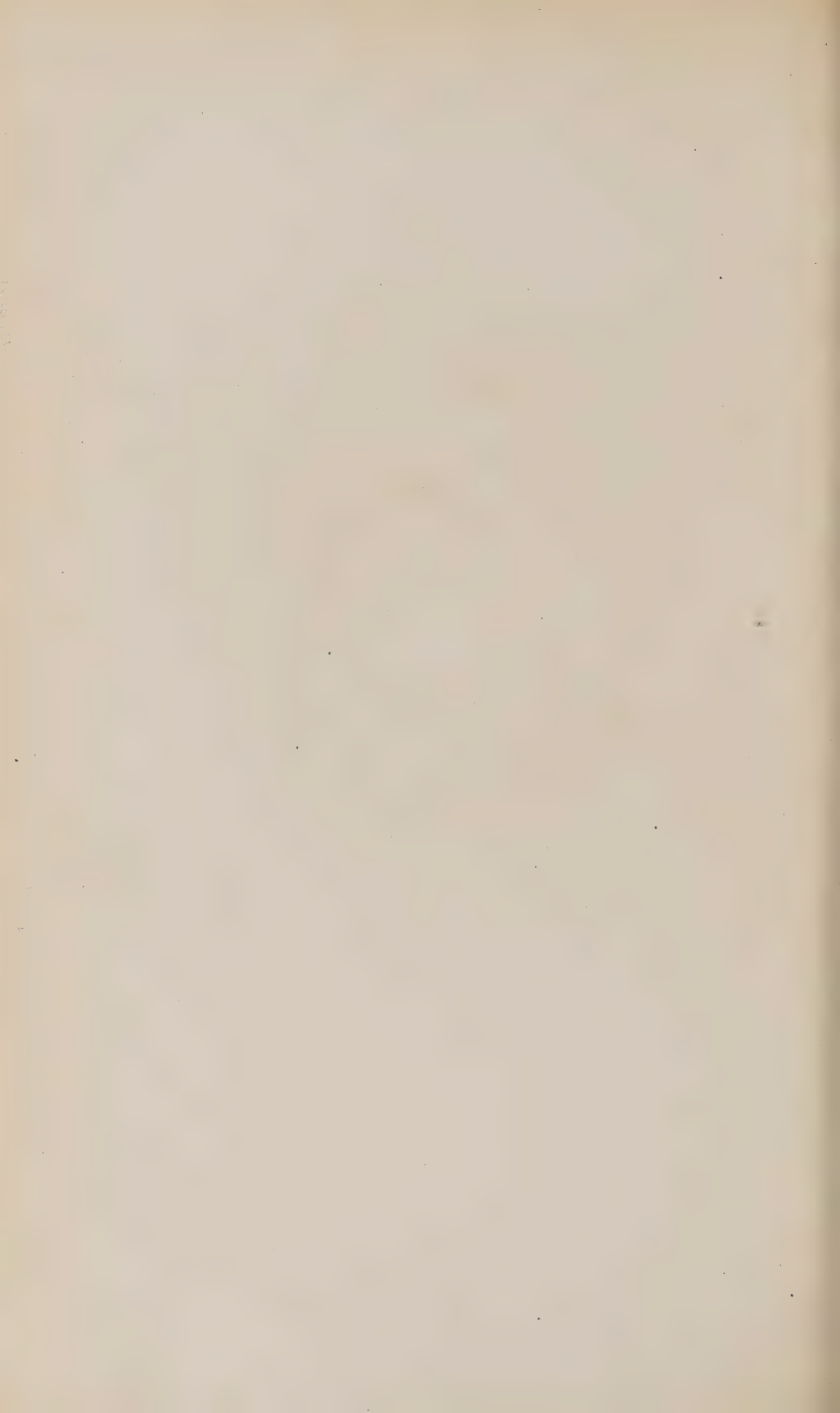


Leucoplakia diffusa linguae.





Leucoplakia linguae.





Leucoplakia labialis.









